



**Susana Isabel Dourado
Gonçalves**

**Posicionamento dos Profissionais de Saúde face
às propostas de Despenalização da Morte
Medicamente Assistida em Portugal**



**Susana Isabel Dourado
Gonçalves**

**Posicionamento dos Profissionais de Saúde face
às propostas de Despenalização da Morte
Medicamente Assistida em Portugal**

Dissertação apresentada à Universidade de Aveiro para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Administração e Gestão Pública, realizada sob a orientação científica do Doutor Luís Filipe de Oliveira Mota, professor auxiliar convidado do Departamento de Ciências Sociais e Políticas do Território da Universidade de Aveiro

o júri

Presidente

Prof. Doutor Gonçalo Alves de Sousa Santinha

professor auxiliar da Universidade de Aveiro

Prof.^a Doutora Margarida de Melo Cerqueira

professora adjunta da Universidade de Aveiro

Prof. Doutor Luís Filipe de Oliveira Mota

professor auxiliar convidado da Universidade de Aveiro

agradecimentos

Quero, em primeiro lugar, agradecer ao meu Orientador, uma pessoa fundamental, que me acompanhou e ajudou na realização deste trabalho. Obrigada pela paciência, disponibilidade e por todo o conhecimento que me transmitiu.

Aos meus pais, por me terem feito a mulher que sou hoje. Obrigada por todo o amor, carinho, ensinamentos e aprendizagens que me transmitiram. Graças a isso consegui chegar até aqui.

Aos amigos de sempre, Luís, Helena, Sandra, Viviana, Daniel J., Daniel M., Diogo, Sérgio, Zé, Bruna e Mónica pelas palavras de apoio, força e incentivo e por muitas vezes, serem o meu porto de abrigo.

À Dr.^a Patrícia Marinho, um carinho muito especial, por me fazer acreditar que iria conseguir finalizar esta etapa, apesar de todas as adversidades.

palavras-chave

Morte medicamente assistida; políticas de moralidade; formulação de políticas públicas; grupos de pressão; setor da saúde; Portugal.

resumo

Nos últimos dois anos, a apresentação de quatro projetos de lei lançou o debate em torno da morte medicamente assistida em Portugal. Dado o seu teor de vida ou morte, esta temática tende a ter um processo de debate caracterizado pela invocação de argumentos relacionados com valores éticos, morais e deontológicos, que extravasam a habitual discussão política, e por tendências de dicotomização de posições, podendo, assim, ser considerada como uma política de moralidade.

Um outro elemento caracterizador do debate desta tipologia de políticas é o envolvimento de diversos intervenientes para além dos habituais atores políticos, nomeadamente atores sociais, que poderão ser considerados como “grupos de interesse” nestas matérias.

Face a este quadro, procurou-se neste trabalho analisar o posicionamento na discussão relativa aos quatro projetos de lei de regulação de uma tipologia de atores sociais que potencialmente se interessarão por este domínio, nomeadamente os organismos e profissionais da área da saúde.

Para tal, procedeu-se a uma análise documental das seguintes fontes: pareceres aos projetos de lei emitidos por organismos da área da saúde a pedido da Assembleia da República; tomadas de posição pública de organismos da área; e, peças jornalísticas sobre a morte medicamente assistida publicadas em dois jornais portugueses que mencionassem organismos e individualidades deste setor.

Através da análise documental referida, foi possível concluir, primeiramente, que os organismos e profissionais do setor da saúde estiveram bastantes ativos na discussão em torno dos quatro projetos de lei. Verificou-se ainda que a maioria destes organismos e profissionais se posicionaram contra a legalização da morte medicamente assistida, invocando argumentos relacionados com a medicina, mas também de natureza de ética profissional, legal e político.

Estes resultados levam-nos, assim, a concluir que, ao contrário do que é por vezes referido na literatura, este grupo de atores não deverá ser considerado como “apolíticos”, mas como um normal “grupo de pressão”.

keywords

Medically assisted death, morality policies; policy making; groups of pressure; health sector; Portugal.

abstract

In the last two years, the presentation of four bills has promoted the debate around medically assisted death in Portugal. Given its life and death nature, this issue tends to have a process of debate characterized by the invocation of arguments related to ethical, moral and deontological values, which are usually outside the common political debate, and by dichotomized positions, thus its consideration under the category of morality policies.

Another element that is characteristic of the debate of this type of policies is the involvement of several stakeholders beyond the common political actors, namely societal actors, which may be conceived as "interest groups".

In this context, the aim of this dissertation was to analyse the positioning in the debate about those four bills on the regulation of medically assisted death from a typology of societal actors that are potentially interested in this issue, namely health organisations and professionals.

To do so, one developed document analysis using the following sources: formal opinions on bills issued by health-related organisations following the request from the Assembly of the Republic; public statements from health-related organisations; and news about the debate around medically assisted death published in two Portuguese newspapers which mentioned health-related organisations and professionals.

From the mentioned document analysis, it was possible to conclude, first of all, that the health-related organisations and professionals were very active actors in this debate around the four bills. It was also possible to conclude that the majority of these organisations and professionals were against the legalisation of the medically assisted death, invoking medical-related arguments, but also other with a professional ethics, political and legal nature.

These results lead us to conclude that, contrary to what is sometimes referred in the literature, this group of actors should not be considered as "apolitical" but as a normal "pressure group".

Abreviatura de siglas

ACEPS - Associação Católica de Enfermeiros e Profissionais de Saúde

AMCP – Associação dos Médicos Católicos Portugueses

APCP – Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos

BE – Bloco de Esquerda

CINTESIS - Centro de Investigação em Tecnologias e Serviços de Saúde

CNECV – Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida

CNEDM – Conselho Nacional de Ética e Deontologia Médicas

LGBT – Lésbicas, Gays, Bissexuais e Transsexuais

MORAPOL - Comparative Analysis of Moral Policy Change

PAN – Pessoas-Animais-Natureza

PEV – Partido Ecologista Os Verdes

PS – Partido Socialista

SNS – Sistema Nacional de Saúde

Índice

Índice de Figuras	17
1. Introdução	3
2. Revisão da literatura	5
2.1. Formulação de Políticas Públicas e o Papel dos Atores Não Oficiais	5
a) <i>Políticas públicas: conceito, atores e análise do processo</i>	<i>5</i>
b) <i>Formulação de Políticas Públicas e o papel dos Atores Não Oficiais</i>	<i>8</i>
2.2. A Morte Medicamente Assistida enquanto Política Pública de Moralidade	10
a) <i>Políticas de Moralidade: conceito, tipologias e fatores explicativos da mudança 10</i>	
b) <i>Eutanásia / Morte Medicamente Assistida enquanto política de moralidade.....</i>	<i>14</i>
3. Metodologia.....	19
4. Análise dos projetos de lei e do posicionamento dos profissionais de saúde e das suas associações representativas em relação à regulação da morte medicamente assistida.....	23
4.1. Análise sumária dos projetos-lei de regulação da morte medicamente assistida	23
a) <i>Projeto-lei do partido Pessoas-Animais-Natureza (PAN)</i>	<i>23</i>
b) <i>Projeto-lei do partido Bloco de Esquerda (BE).....</i>	<i>24</i>
c) <i>Projeto-lei do Partido Socialista (PS).....</i>	<i>25</i>
d) <i>Projeto de lei do Partido Ecologista “Os Verdes” (PEV).....</i>	<i>25</i>
e) <i>Visão global dos quatro diplomas</i>	<i>26</i>
4.2. Análise dos pareceres de organizações da área da saúde aos projetos de lei de regulação da morte medicamente assistida	27
a) <i>Análise dos pareceres da Ordem dos Enfermeiros</i>	<i>27</i>
b) <i>Análise do parecer do Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida</i>	<i>29</i>
c) <i>Análise do parecer da Ordem dos Psicólogos Portugueses.....</i>	<i>30</i>
d) <i>Visão global dos pareceres</i>	<i>31</i>
4.3. Análise das tomadas de posição públicas	31
4.4. Análise de peças jornalísticas sobre o posicionamento de profissionais ou organismos da área da saúde.....	33
a) <i>Jornal Público</i>	<i>34</i>
b) <i>No jornal Observador.....</i>	<i>58</i>
4.5. Discussão dos Resultados.....	70
a) <i>Argumentos contra a legalização da morte medicamente assistida</i>	<i>71</i>
b) <i>Argumentos a favor da legalização da morte medicamente assistida</i>	<i>84</i>
c) <i>Análise ao teor dos argumentos apresentados</i>	<i>87</i>
5. Considerações Finais e Pistas de Investigação Futura	91
6. Bibliografia.....	93

Índice de Figuras

Figura 1. Evolução da regulação da eutanásia no período entre 1960 e 2010 na Europa	16
Figura 2 - Nível de aceitação da eutanásia dos cidadãos de diferentes países segundo o seu grau de religiosidade	17
Figura 3. Quadro síntese da análise dos pareceres de organizações da área da saúde aos projetos de lei de regulação da morte medicamente assistida	31
Figura 4. Quadro síntese da análise das tomadas de posição públicas	33
Figura 5. Quadro síntese relativo aos argumentos apresentados	88

1. Introdução

O debate sobre a possibilidade de despenalização da morte medicamente assistida¹ marcou a agenda mediática e política do último ano em Portugal, num processo que teve início formal com a apresentação da proposta do projeto-lei nº418/XIII/2º, por parte do Partido dos Animais e da Natureza (PAN), embora já tivesse vindo a ser debatido publicamente anteriormente, nomeadamente na sequência da entrega da petição nº106, “Direito a morrer com dignidade, na Assembleia da República (Ferreira, 2017).

A temática da morte medicamente assistida é um assunto cuja formulação e debate gera, tal como outros que se enquadram na categoria de políticas morais (*morality policies*), grande disputa entre diferentes atores, com base em fatores religiosos, éticos, morais e deontológicos, inerentes a cada indivíduo, que irão influenciar o posicionamento dos diferentes atores perante este tema (Knill, 2013). Deste modo, importa refletir sobre o posicionamento de diferentes atores coletivos (partidos, associações da sociedade civil, associações profissionais, grupos de cidadãos, igreja, etc.) no âmbito da discussão dos projetos-lei, apresentados pelo PAN (Pessoas-Animais-Natureza), BE (Bloco de Esquerda), PEV (Grupo Ecologista os Verdes) e pelo PS (Partido Socialista) e de que forma estes se relacionam entre si, por forma a ganhar capacidade de influência na tomada de decisão política. Para além desta análise mais genérica, pode ainda ser relevante analisar o papel desempenhado por atores específicos, analisando se a sua tipologia influencia a sua atuação.

Neste trabalho, pretende-se analisar, mais especificamente, o posicionamento dos profissionais de saúde e das suas associações representativas no processo de discussão sobre a temática da despenalização da morte medicamente assistida. A pertinência da análise da posição destes atores decorre, por um lado, de estes incluírem profissionais que diariamente contactam com a realidade da doença e morte, mas também por serem grupos profissionais cuja atuação está habitualmente bastante padronizada por princípios científicos e bioéticos, os quais são geralmente considerados como "apolíticos".

¹ A designação “morte medicamente assistida” é utilizada em algumas partes deste trabalho por ter sido aquela que foi empregue pelos partidos políticos nos seus projetos-lei. Contudo, utilizámos também a expressão “eutanásia” para descrever o mesmo fenómeno por ser essa expressão utilizada na literatura internacional consultada, ainda que o termo eutanásia possa ter diferentes aceções, tal como explicado no ponto 2.2-b) deste trabalho.

Para a realização deste estudo, começar-se-á por fazer uma revisão da literatura, onde se englobará a formulação de políticas públicas e o papel dos atores não oficiais, através da conceptualização das políticas públicas, seus atores e processos. Neste tópico, irá analisar-se a relação entre a formulação de políticas públicas e os atores não oficiais organizados, bem como os atores políticos de formulação em Portugal. Ainda no capítulo da revisão da literatura, irá desenvolver-se o conceito e tipologias das políticas morais, bem como o fator religioso como explicação para as mudanças das políticas morais, a que se seguirá uma exploração da temática da morte medicamente assistida enquanto política de moralidade. De seguida, expor-se-á qual a metodologia utilizada para a realização deste trabalho.

O ponto que se sucede é a análise do posicionamento dos profissionais de saúde e das suas associações representativas em relação aos projetos de lei de regulação de morte medicamente assistida. Aqui concretizar-se-á uma análise dos quatro projetos-lei, bem como dos conteúdos dos pareceres de organizações da área da saúde que se pronunciaram sobre os mesmos e de peças jornalísticas que fazem referência ao posicionamento de profissionais, também, da área da saúde.

No seguimento, serão apresentadas as secções de discussão de resultados e das conclusões.

2. Revisão da literatura

2.1. Formulação de Políticas Públicas e o Papel dos Atores Não Oficiais

a) Políticas públicas: conceito, atores e análise do processo

As políticas públicas são segundo, Mota, (2010) uma sequência de decisões que envolve uma tomada de decisão por órgãos públicos, que implica a especificação dos grupos-alvo e os meios e o conteúdo de provisão, que deriva do conjunto de perspectivas de vários atores em relação a um problema societal com a finalidade de trazer impactos na sociedade. Para Cardim (2006), estas concretizam-se através de leis, regulamentos, regulações e orientações que abrangem uma enorme variabilidade de destinatários e são formadas em virtude do interesse público (Cardim, 2006).

Apesar de serem oficialmente definidas pelos atores estatais, a formulação das políticas públicas não se restringe apenas a atores formais, tendo os atores não oficiais um papel importante na sua formulação que irão influenciar os resultados das mesmas (Easton, 1968; Souza, 2006). Na formulação das políticas encontram-se, assim, diversos atores que, para além de terem como objetivo a resolução de problemas públicos, se dedicam também à distribuição de recursos e de poder (Araújo & Rodrigues, 2017). Neste sentido, a análise de políticas públicas deverá debruçar-se, não apenas sobre a sua dimensão de conteúdo, que passa pela delineação dos objetivos a atingir e meios a alocar, e sobre a sua dimensão institucional, que consiste na estrutura responsável pela regulamentação e desenvolvimento das diferentes atividades, mas também sobre a sua dimensão política (Howlett, Ramesh, & Perl, 2009)

Na análise dos atores envolvidos no processo de políticas públicas, importa, desde logo, atentar à existência de uma tipologia que diferencia os atores oficiais e os atores não oficiais. De acordo com Howlett, Ramesh e Perl (2009), na primeira categoria incluem-se os seguintes atores: *legislativos* (deputados e comités ou comissões parlamentares) que, para além de produzirem leis, desempenham outras funções como, por exemplo, acompanhar a implementação e proceder à implementação de políticas, auscultação de parceiros sociais através de encontros e audiências e servir de um meio facilitador na comunicação entre os

cidadãos e organismos do Estado; *executivos* (Governo e Administração Pública), que estão mais focados em fazer aplicar as políticas públicas, mas que também têm algumas funções na formulação de políticas públicas; e, *judiciais*, os quais zelam pelo cumprimento das leis, através de revisões judiciais, como por exemplo os Tribunais Constitucionais, ou através de sentenças judiciais, como no caso dos tribunais menores.

Na categoria dos atores não-formais, Howlett, Ramesh e Perl (2009) incluem, por sua vez, os seguintes atores: partidos políticos, que promovem debates de ideias, convicções e ideologias, estruturam programas eleitorais e fazem provisão de candidatos para cargos públicos; cidadãos, que participam na vida política através do voto, de processos de consulta ou coprodução; *think-tanks*, cuja finalidade é a produção de conhecimento científico e reflexão sobre causas e consequências de problemas sociais, com vista a ajudar na formulação de políticas públicas, podendo também dedicar-se à defesa das mesmas e à denúncia de problemas públicos; a comunicação social, que são um ponto crucial na vida política, uma vez que estes aumentam o acesso aos agentes políticos, bem como aos seus discursos, levando a uma exposição ao público; bem como os grupos de interesse, que podem ser formados por interesses de atividades económicas, religiosos, culturais ou por motivações relacionadas com imposição de normas e condutas, com o intuito de exercer influência nas decisões públicas.

A propósito da disputa entre diversos atores na formulação de políticas públicas, importa ainda referir que esta difere entre distintos tipos de políticas públicas. De acordo com Lowi (1972), existem os quatro seguintes grandes tipos de políticas públicas, aos quais estão associados diferentes graus de conflitualidade entre grupos sociais:

- Distributivas: que têm por objetivo fornecer um bem à população, por exemplo as políticas de educação, sendo estas relativamente consensuais entre grupos sociais;
- Redistributivas: políticas que modificam a distribuição de recursos entre grupos, como por exemplo as de segurança social, o que gera conflitos entre os grupos que suportam os custos das mesmas e quem as recebe, sendo, por isso, tendencialmente geradoras de conflitos;

- Reguladoras: consistem na definição de regras de conduta individual ou grupal, por exemplo, utilização de filtros para controlo de poluição e a definição de regras de atividade económica, gerando algum conflito para quem suporta os custos da regulação;
- Constituintes: realizam-se apenas a nível do Estado, através da criação e modificação das regras de funcionamento do mesmo, por exemplo lei do financiamento dos partidos, sendo, deste modo, relativamente consensuais.

Uma vez que o processo de elaboração de políticas públicas é um processo demorado no tempo, que engloba diferentes programas de diferentes níveis governamentais e a envolvimento de diferentes grupos, atores com valores, interesses e perceções diferentes sobre problemas e soluções, na sua análise torna-se necessário a adoção de estratégias e simplificação da realidade, como por exemplo o recurso a *frameworks* de análise, que fornecem uma orientação para a análise do processo de políticas públicas.

A *framework* estagista é a mais comum para análise do processo de políticas públicas, uma vez que esta é um processo que progride em várias etapas, repetindo-se num ciclo político, permitindo entender os modos de ação pública, mostrando, assim, as continuidades e ruturas do mesmo, bem como as regras gerais que caracterizam o funcionamento das políticas públicas (Araújo & Rodrigues, 2017). A sua principal vantagem é que esta abordagem facilita a compreensão multidimensional ao desagregar o complexo processo de políticas públicas em etapas, que podem ser analisadas individualmente ou relacionando-se entre si. Deste modo, o quadro referido engloba cinco fases (Howlett et al., 2009):

- *Agendamento*, a fase onde os problemas e alternativas de resolução sobre um determinado assunto ganham atenção pública ou das elites;
- *Formulação*, que se caracteriza por ser o processo de apresentação e análise das diversas propostas de intervenção sobre um determinado problema, onde se mostra fundamental a formulação de propostas e o debate entre atores políticos;

- *Tomada de Decisão*, que consiste na decisão sobre os contornos do que os órgãos estatais pretendem ou não fazer em relação à temática em questão;
- *Implementação*, que se caracteriza pela colocação em prática da política pública, e;
- *Avaliação*, que consiste, por um lado, na monitorização do processo de implementação dessa política e a análise dos produtos e efeitos que a mesma está a gerar no “terreno”.

Apesar de ser bastante utilizada, esta *Framework* não está isenta de críticas. Segundo, Sabatier (2007) uma das desvantagens que este quadro apresenta é o facto de ter uma orientação bastante *top-down*, focando a sua atenção, apenas, num único ciclo desconsiderando as interações entre o mesmo, as diferentes propostas de solução, os diferentes atores e os diversos níveis de decisão.

Considerando os objetivos deste trabalho, no próximo ponto iremos focar-nos na etapa da formulação de políticas públicas.

b) Formulação de Políticas Públicas e o papel dos Atores Não Oficiais

Como referido anteriormente, na fase da formulação é realizada uma apresentação e avaliação das propostas, no âmbito da qual se procede à recolha de dados e evidências sobre os problemas e propostas de intervenção, através de relatórios, testemunhos, opiniões de *stakeholders*, um diálogo onde é realizada a comunicação entre atores políticos, através de reuniões e debates e/ ou audições públicas. É nesta fase que é realizada a ponderação de possibilidades e a apresentação de um projeto-lei, em que os atores oficiais e não oficiais dão o seu *feedback*.

A participação nesta fase do processo de políticas públicas tende a estar, assim, limitada a atores com algum domínio sobre a temática/ área setorial que está em discussão, os quais são habitualmente designados de subsistema de políticas públicas (*policy subsystem*). Os subsistemas de políticas públicas são constituídos por um conjunto diverso de atores e

instituições que, por norma, inclui grupos relativamente coesos e que se especializam em questões específicas no que concerne a uma política pública (Capella & Brasil, 2015).

Perante isto, pode concluir-se que a análise de políticas públicas não consiste, apenas, no estudo das suas várias etapas, mas também na análise dos subsistemas. A conceção tradicional sobre os subsistemas de políticas públicas entendia-os como “triângulos de ferro”, que englobavam apenas três conjuntos de atores - as comissões parlamentares, os burocratas e os grupos de interesse - que controlariam a formulação de políticas públicas, excluindo a participação de outros conjuntos de atores (Heclo, 1978).

Esta conceção viria mais tarde a ser contestada por ser considerada como demasiadamente limitativa quanto ao número e diversidade de atores envolvidos. Deste modo, uma conceção mais recente diz-nos que devem ser também considerados no processo de formulação de políticas públicas atores como os *think-tanks*, a comunicação social (telejornais, jornais, rádios...), *opinion-makers* (comentadores televisivos) e um maior conjunto de grupos de interesse Heclo (1978) e Sabatier & Jenkins-Smith (1993). Neste último grupo referido inclui-se as associações representativas dos profissionais de saúde, que farão parte da análise empírica deste trabalho.

Como é possível verificar em ambas as conceções, os grupos de interesse ocupam um papel fundamental na formulação de políticas públicas, os quais se afirmam como uma forma da sociedade civil e dos cidadãos participarem na vida política para além do voto (Pereira, 2008). De acordo com o mesmo autor, os grupos de interesse podem exercer pressão a dois níveis: de forma direta, influenciando o tipo de política pública, e de forma indireta, onde se tenta obter financiamentos para a atividade da organização.

Em Portugal, os grupos de interesse com maior visibilidade são os sindicatos e as associações patronais, dada a sua participação em sede de concertação social no Conselho Económico e Social. Contudo, importa ainda destacar como influenciadores da tomada de decisão política e da opinião pública instituições como a Igreja, que não pode ser considerada como um grupo de interesse associativo, mas sim um grupo institucional que pode influenciar também o poder político (Pereira, 2008), ou as ordens profissionais, que são associações públicas autorreguladas que, apesar de se dedicarem sobretudo ao exercício da regulação da profissão,

podem também exercer forte influência sobre a regulação do setor em que se inserem (Pereira, 2008).

2.2. A Morte Medicamente Assistida enquanto Política Pública de Moralidade

a) Políticas de Moralidade: conceito, tipologias e fatores explicativos da mudança

As políticas públicas de moralidade (*morality policies*) são um tema com crescente atenção recente por parte da comunidade académica. Prova desse interesse é o projeto intitulado MORAPOL (*Comparative Analysis of Moral Policy Change*), que decorreu entre 2010-2016 com financiamento do *European Research Council*, sob a liderança de Christoph Knill, que se afirma por ser o primeiro a fornecer um estudo empírico sistemático no que concerne a estas políticas na Europa Ocidental, sobretudo numa perspetiva política (Knill, Preidel, & Adam, 2015).

Esta tipologia de políticas públicas, que é considerada por alguns como uma nova tipologia dentro das políticas que Lowi (1972) considerava como regulatórias, englobando temáticas como o aborto, eutanásia, casamento entre pessoas do mesmo sexo, prostituição, controlo de armas e pornografia. Uma das características distintivas destas matérias é que a discussão política destes temas se centra, principalmente, nos conflitos sociais – mais do que nos interesses materiais –, relacionados com valores individuais, conduzindo, assim, a um inesgotável debate (Knill, 2013). Deste modo, a regulação destas questões engloba decisões sobre o que é certo e o que é errado e, conseqüentemente, a validação de um particular conjunto de valores (Mooney, 1999). Posto isto, é expectável que os valores religiosos influenciem as políticas de moralidade e os seus *outputs* e que estas dependam da dimensão das comunidades religiosas num país (Budde, Knill, Fernández-i-Marín, & Preidel, 2017).

Na literatura, existem, como refere Mooney (2001), diversas categorizações das políticas de moralidade, que podem ser agrupadas de acordo com os temas que abordam: temáticas relacionadas com questões de “vida e morte” (aborto, eutanásia, inseminação artificial); temáticas relacionadas com questões sobre comportamento sexual (homossexualidade, prostituição, pornografia); temáticas relacionadas com comportamentos aditivos (regulação

de drogas, regulação do jogo); e temáticas relacionadas com a liberdade individual e valores coletivos (controlo de armas).

A discussão em torno desta questão leva a problemas conceituais em definir as políticas de moralidade como uma nova tipologia política, uma vez que é necessário identificar problemas, países ou períodos em que as políticas de moralidade prevalecem ou não. Deste modo Knill (2013), sugeriu as seguintes distinções entre os tipos de políticas de moralidade:

- *Políticas de Moralidade Manifestas*, que se referem a problemas onde os valores individuais e as crenças assumem um papel central na formulação de políticas, uma vez que estas determinam as preferências individuais e são um instrumento relevante da sociedade e do poder político, como por exemplo a eutanásia;
- *Políticas de Moralidade Latentes*, que se regem por conflitos onde a economia é importante para determinados grupos, podendo estas serem consideradas políticas de moralidade ou não, dependendo dos interesses envolvidos na problemática em questão. Esta é uma tipologia em que os valores conflituais não são a “ordem do dia”, embora isso possa mudar em determinadas condições. Nesta tipologia engloba-se questões como a pornografia, controlo de armas e legalização de drogas.
- *Políticas de não-Moralidade*, que se distinguem das duas anteriores por não apresentarem conflitos que envolvam valores morais.

Contudo, ao analisar estas tipologias, torna-se necessário o estudo das dinâmicas que se verificam ao longo do espaço e do tempo, uma vez que a localização e a mudança cultural podem reduzir os valores conflituais e diminuir “a carga moral”. Por exemplo, Engeli, Green-Pedersen, & Larsen (2013), referem que o que se caracteriza por ser uma política de moralidade manifesta num determinado país, como o aborto e a eutanásia, podem constituir uma política de moralidade latente noutro país que pertença ao que designa por mundo secularizado, cuja definição será explicada adiante.

O caminho da regulação das políticas de moralidade é frequentemente caracterizado por fases de estagnação e, assim sendo por períodos de pequenas variações ou não ao longo do tempo (Budde et al., 2017).

Assim, importa perceber quais os fatores que influenciam não só a existência de variações entre países no referente à regulação das políticas de moralidade, mas também ao momento em que as mudanças ocorrem. De acordo com Heichel, Knill e Schmitt (2013), os principais fatores explicativos são:

- *“Moral shocks”*: políticas de moralidade são, particularmente, propensas a criar “choques” externos, através de conflitos morais onde se criam fortes indignações a nível público. Para além destes choques externos (p.e. falhas a nível político) que criam “janelas de oportunidades”, existem também acontecimentos moralmente chocantes que fazem despoletar a atenção pública quanto às políticas, sendo exemplo disso a discussão sobre a posse de armas cada vez que acontece um ataque público;
- *Religião*: a influência da religião nas políticas de moralidade é um dos fatores mais estudados pois é um tema, particularmente, sensível para uma sociedade religiosa devido aos valores conflituais que envolve;
- *Valores e opinião pública*: a posição que cada indivíduo e sociedade têm em relação às políticas de moralidade é bastante dependente dos seus valores, levando a que estes influenciem, diretamente, a opinião pública e o conteúdo destas políticas, bem como os timings do seu agendamento e formulação;
- *Vida partidária*: sendo esperado que partidos à esquerda sejam mais liberais nas políticas de moralidade, ao contrário dos partidos à direita, que se presume que adotem posições mais conservadoras;
- *Tribunais*: os tribunais podem influenciar a fase do agendamento, na medida em que decisões individuais de processos em tribunal podem pressionar a que os atores legislativos, sobretudo nos países de *Common Law*, decidam que determinada matéria necessite de enquadramento legal específico;

- *Influências externas*: os tribunais, leis e normas internacionais podem ser uma influência importante, bem como a comunicação transnacional, a globalização de ideias e os movimentos sociais. Por exemplo, as instituições da União Europeia e o Tribunal Europeu dos Direitos Humanos têm sido grupos de pressão de defesa dos direitos de pessoas LGBT em vários países Europeus, sendo relevantes na consciencialização pública e política.

Como refere Joppke (2015), a religião moldou o mundo moderno, talvez como nenhuma outra força. Posto isto, em paralelo ao surgimento do interesse nos estudos das políticas de moralidade, tem igualmente surgido interesse na influência que a religião exerce sobre as mesmas, tornando-se imprescindível organizar, de forma sistemática, a diferença entre os efeitos religiosos numa determinada política e os seus efeitos na “velocidade” da sua reforma (Knill, Preidel & Nebel, 2014).

A religião constitui uma identidade primária que forma um princípio fundamental para os indivíduos se afiliarem à mesma e, consequentemente, quanto mais as pessoas aderem à igreja num determinado país, mais importância dão e agem conforme essa doutrina. A influência da religião na mudança e no processo de formulação pode, assim, ser analisada a três níveis: numa abordagem macro, onde a religiosidade e a denominação religiosa do eleitorado ou da população são consideradas como uma referência para os valores que prevalecem numa sociedade e, consequentemente, decisivo para o entendimento das escolhas dos atores políticos nos problemas morais; numa perspetiva meso, em que se tem em consideração as estruturas organizacionais da religião por se concentrar em atividades como um grupo de interesse ou fundações institucionais de influência; e, por fim, a nível micro, em que se estuda o impacto da filiação religiosa na tomada de decisão individual (Heichel, Knill, & Schmitt, 2013).

Apesar de várias pesquisas revelarem que os fatores religiosos são significativos, outros autores sugerem que a modernização societal e secularização diminuem a sua importância (Asal, Sommer, & Harwood, 2013; Knill & Preidel, 2015b; Knill, Preidel, & Nebel, 2014). Tendo-se verificado esta secularização na Europa Ocidental, verifica-se uma separação entre o mundo religiosos e secular, onde o primeiro evita a discussão destes assuntos em termos políticos e o segundo separa os argumentos éticos dos religiosos, não se verificando um

conflito entre a Igreja e o Estado (Engeli, Green-Pedersen, & Larsen, 2012). Contudo, a separação institucional das igrejas em relação ao Estado poderá aumentar a sua influência na formulação de políticas públicas, dado que a(s) igreja(s) poderão operar como grupos de interesse independentes, mais do que outras instituições públicas (Minkenberg, 2003; Schwartz & Tatalovich, 2009)

Com o projeto “ MORAPOL”, já mencionado, concluiu-se que a religião continua, ainda, bastante presente, pois quanto mais os cidadãos de um país são devotos a uma religião e apresentam grande afiliação à mesma, mais restrita será a regulação das políticas de moralidade, sobretudo das relacionadas com questões de vida ou morte - eutanásia e do aborto (Budde et al., 2017).

Numa perspetiva comparativa com a Europa Católica nas políticas de moralidade, a igreja católica portuguesa mostrou uma tendência menos interventiva no que diz respeito ao aborto e ao casamento por pessoas do mesmo sexo (Resende & Henning, 2015). Contudo, desde 2013, que mostrou uma maior restrição na liberalização das políticas de moralidade, uma vez que desde este ano que o Patriarca de Lisboa, Manuel Clemente, entrou em funções, mostrando uma evidente intenção em intervir de forma direta na formulação de políticas de moralidade (Resende & Henning (2015).

b) Eutanásia / Morte Medicamente Assistida enquanto política de moralidade

Tal como referido por Budde *et al.* (2017), a eutanásia é um conceito multidimensional, existindo três tipos de eutanásia: a eutanásia passiva (ortotanásia), que se aplica quando são interrompidos os suportes básicos de vida; o suicídio assistido, que se verifica quando a própria pessoa põe fim à sua vida com a ajuda de outra; e a eutanásia ativa, que ocorre quando é uma pessoa a induzir a morte de outra (o médico administra ao doente o fármaco letal).

Oduncu (2005) (por Knill & Preidel, 2015a) define quatro tipos de regulação nas políticas da eutanásia: total proibição (em que neste caso o suicídio assistido é considerado homicídio); permissão da eutanásia passiva (modelo mais tolerante, que permite a interrupção de tratamentos e/ou de meios artificiais de prolongamento da vida - a causa da

morte do doente é a doença); permissão do suicídio assistido (há autorização para que a pessoa que assiste o paciente disponibilize as mesmas substâncias para esse fim); permissão para a eutanásia ativa (há um envolvimento de uma segunda pessoa, de forma ativa para que a morte seja conseguida).

Como se pode verificar pelo descrito, na regulação da eutanásia é necessário ter em consideração o envolvimento de dois tipos de pessoas: por um lado, aquela que está doente e que pede para colocar termo à vida; e, por outro lado, quem presta assistência na realização do processo (os profissionais de saúde), sendo necessário atentar à possibilidade destes serem contra a prática e se recusarem a executá-la (objetores de consciência) (Knill & Preidel, 2015a).

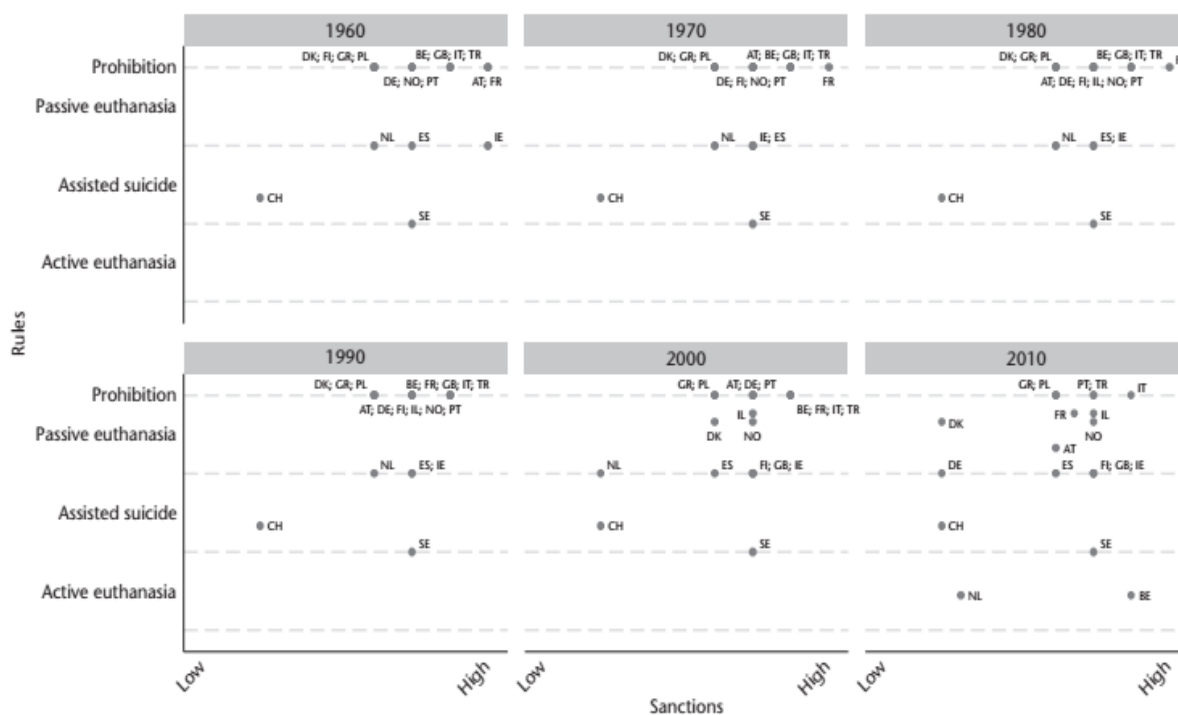
Este é um tema que, pelas questões que levanta, divide os cidadãos com argumentos a favor e contra: os primeiros enfatizam o direito que as pessoas têm de decidir a altura e a forma como querem morrer; os segundos, por outro lado, argumentam que não deve ser usado qualquer auxílio à morte, acreditando que permitir a eutanásia é um caminho para a eutanásia involuntária e para o suicídio (Knill & Preidel, 2015a).

Nos países da Europa Ocidental tem-se verificado alguma divergência relativamente à regulação da eutanásia ao longo dos últimos anos. Os regimes para a regulação da eutanásia têm vindo a mudar através da mudança de valores, promovendo a individualização, verificando-se uma perda de peso dos fatores religiosos em várias culturas, sendo um facto que um maior número de cidadãos quer decidir como e quando querem morrer, independentemente dos seus valores sociais e religiosos (Knill & Preidel, 2015a). Com os avanços tecnológicos e da medicina, o melhoramento da medicação e da situação médica, bem como o aumento da população idosa, originou-se uma maior permissão para regularizar questões sobre a morte medicamente assistida e o reconhecimento dos direitos dos pacientes (Knill & Preidel, 2015a).

Como é possível observar pela imagem abaixo, a evolução da regulação da eutanásia na Europa Ocidental no período entre 1960 e 2010 (período de análise do projeto MORAPOL), foi caracterizada por uma estagnação nas primeiras décadas. Neste mesmo período, verificou-se que a maioria dos estados proibiam completamente a eutanásia ativa, sendo exceções a Suécia e a Suíça, que permitiam o suicídio assistido, bem como a Holanda, a

Espanha e a Irlanda, que permitiram a eutanásia passiva, dando aos pacientes a liberdade de escolher os tratamentos médicos.

Figura 1. Evolução da regulação da eutanásia no período entre 1960 e 2010 na Europa



Fonte: Knill & Preidel, 2015a

Um outro movimento para a permissão da eutanásia começou na década de 90 do séc. XX, com Israel, os países do Norte da Europa, a Inglaterra e o País de Gales a permitirem a eutanásia passiva sob diversas condições durante os anos 90, a que se seguiram a Alemanha, a França e a Áustria, entre 2002 e 2009 (Knill & Preidel, 2015a). Mais recentemente, a Espanha aprovou a legalização da eutanásia em junho de 2018².

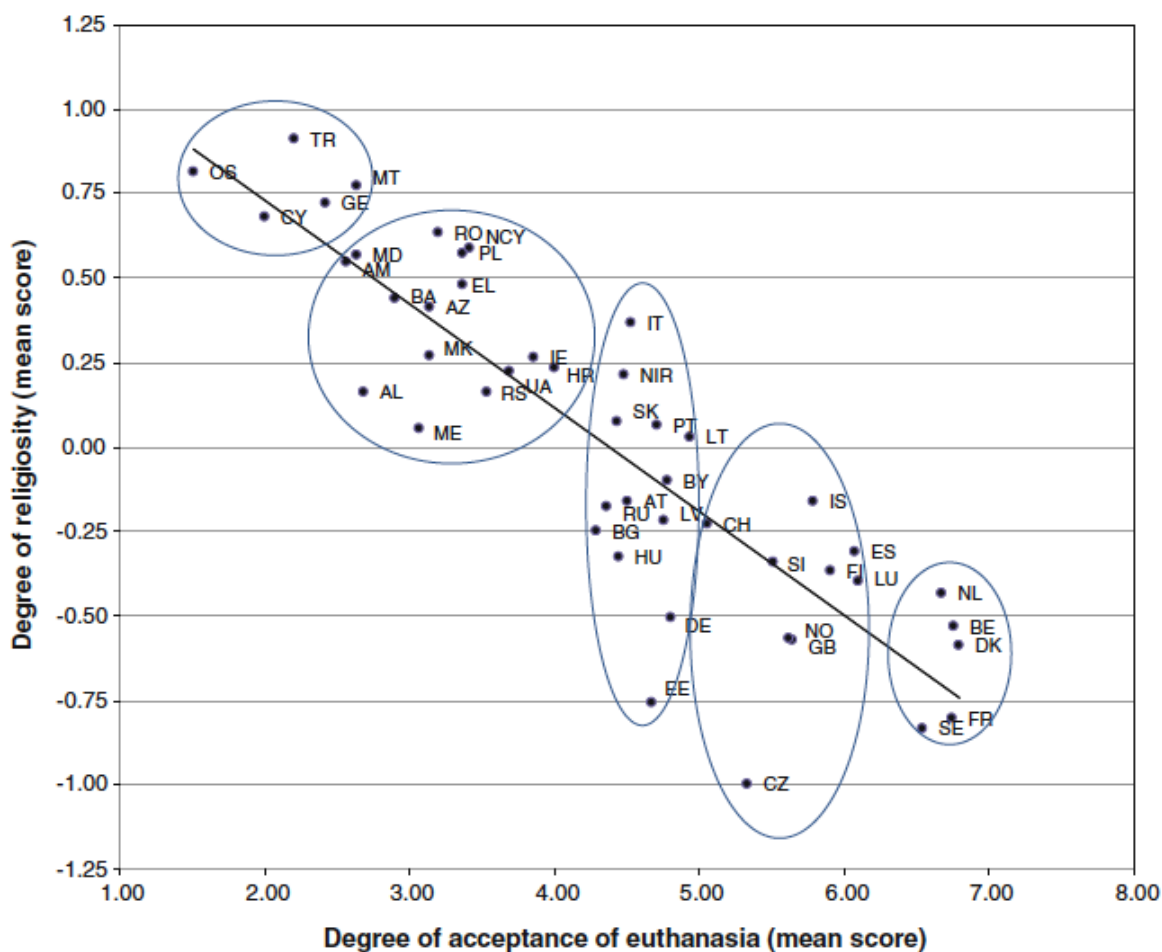
O grupo de países que mostrou estagnação durante o período 1960-2010 quanto a este assunto foram a Grécia, a Itália, a Polónia, Portugal e a Turquia, não tendo mudado o seu

² De acordo com notícia disponibilizada no jornal Observador, de 26 de junho de 2018: <https://observador.pt/2018/06/26/parlamento-espanhol-aprova-eutanasia-com-o-voto-contra-do-pp/>

posicionamento político, proibindo a eutanásia e aplicando fortes sanções (Knill & Preidel, 2015a). A este propósito, importa reforçar que este conjunto de países são conhecidos pelo facto de as suas sociedades e cidadãos terem fortes ligações à religião.

A relação entre religiosidade e aceitação da eutanásia é comprovada por um estudo realizado por Cohen et al (2013) que, com base nos resultados do *European Values Survey* (EVS), confirma existir uma relação negativa entre o nível de religiosidade da população dos países e o seu nível de aceitação de práticas de eutanásia – ver figura 2. De realçar que Portugal se encontra num nível intermédio em relação ao grau de religiosidade da população e da aceitação das práticas de eutanásia (Cohen *et al.*, 2013).

Figura 2. Nível de aceitação da eutanásia dos cidadãos de diferentes países segundo o seu grau de religiosidade



Fonte: Cohen, et al 2013

No contexto português, a eutanásia é punível através do artigo 134º do Código Penal, e designa-se homicídio a pedido da vítima. Contudo, existem meios que dão ao doente alguma liberdade sobre o seu fim de vida, como é o caso do testamento Vital (Lei n.º 25/2012 de 16 de julho) que, como a própria lei indica, é um “*documento unilateral e livremente revogável a qualquer momento pelo próprio (...) [no qual a pessoa] manifesta antecipadamente a sua vontade consciente, livre e esclarecida, no que concerne aos cuidados de saúde que deseja receber, ou não deseja receber, no caso de, por qualquer razão, se encontrar incapaz de expressar a sua vontade pessoal e autonomamente*”. De igual modo, é permitida a prática da Ortotanásia, sendo esta autorizada no código deontológico dos médicos através do artigo 58.º nº 1, que estabelece o seguinte: *A decisão de pôr termo ao uso de meios extraordinários de sobrevivência artificial em caso de coma irreversível, com cessação sem regresso da função cerebral, deve ser tomada em função dos mais rigorosos conhecimentos científicos disponíveis no momento e capazes de comprovar a existência de morte cerebral.*

Em 2016, a entrega da petição nº106 “Direito a morrer com dignidade” na Assembleia da República iniciou um forte debate a nível público e político sobre a temática da eutanásia (Ferreira, 2017). Na sequência da entrada deste assunto em agenda, diferentes partidos apresentaram projetos-lei de regulação mais permissiva da eutanásia, o primeiro dos quais por parte do partido Pessoas-Animais-Natureza (PAN), em fevereiro de 2017, a que se seguiram, no início de 2018, os projetos de lei do Partido Socialista (PS), do Partido Ecologista os Verdes (PEV) e do Bloco de Esquerda (BE).

3. Metodologia

Tal como referido na introdução, o principal objetivo deste estudo é analisar os posicionamentos dos profissionais de saúde e das suas organizações representativas em relação à discussão em torno da regulação da morte medicamente assistida gerada pela apresentação de quatro projetos de lei de regulação desta matéria em 2017 e início de 2018: Projeto de Lei do Partido Pessoas-Animais-Natureza (PAN), n.º 418/XIII/2ª - *Regula o acesso à morte medicamente assistida* (21 de fevereiro de 2017); Projeto de Lei do Bloco de Esquerda (BE) n.º 773/XIII/3ª – *Define e regula as condições em que a antecipação da morte, por decisão da própria pessoa com lesão definitiva ou doença incurável e fatal e que se encontra em sofrimento duradouro e insuportável, não é punível* (7 de fevereiro de 2018); Projeto-lei do Partido Socialista (PS) n.º 832/XIII/3ª – *Procede à 47.ª alteração ao Código Penal e regula as condições especiais para a prática de eutanásia não punível* (13 de abril de 2018); Projeto de Lei do Partido Ecologista os Verdes (PEV) n.º 838/XIII/3ª – *Define o regime e as condições em que a morte medicamente assistida não é punível* (20 de abril de 2018). Importa recordar, a este propósito, que estes projetos de lei foram sujeitos a votação no dia 29 de maio de 2018, tendo sido, todos eles, chumbados.

Neste trabalho, a investigação centra-se, assim, na seguinte questão: *Quais os posicionamentos dos profissionais de saúde e suas associações representativas no debate sobre os projetos-lei de regulação da morte medicamente assistida apresentadas em Portugal nos anos de 2017 e 2018?*

Os objetivos operacionais deste estudo são, assim, os seguintes:

- a) analisar sumariamente o conteúdo dos projetos de lei;
- b) perceber se os profissionais de saúde (a título individual ou através das suas associações representativas) têm participado nesta discussão e, em caso afirmativo, quais as posições defendidas e argumentos apresentados;
- c) analisar se a filiação religiosa dos profissionais de saúde e das suas associações representativas influenciou a sua tomada de posição e os argumentos apresentados.

Nesta perspetiva, serão analisadas de forma sintética, os conteúdos dos projetos-lei do PAN, BE, PS e PEV propostos para a despenalização da morte medicamente assistida, a que se seguirá uma análise documental de três fontes de informação que serão analisadas, primeiramente, de forma individual e, na fase de discussão dos resultados, trianguladas: os pareceres aos quatro projetos de lei emitidos por organismos da área da saúde que foram solicitados pela Comissão de Assuntos Constitucionais, Direitos, Liberdades e Garantias; tomadas de posição públicas de associações e organismos da área da saúde; e, peças jornalísticas (notícias, entrevistas, editoriais, etc.) publicadas em dois jornais portugueses.

Em relação aos primeiros documentos, a Comissão de Assuntos Constitucionais, Direitos, Liberdades e Garantias da Assembleia da República Portuguesa solicitou parecer aos projetos de lei do PAN, BE, PEV e PS a um conjunto de organismos de diferentes áreas, nomeadamente: na área jurídica, o Conselho Superior do Ministério Público, o Conselho Superior da Magistratura e a Ordem dos Advogados; e, na área da saúde, a Ordem dos Médicos, o Colégio da Especialidade de Psiquiatria da Ordem dos Médicos (apenas no caso do projeto de lei do PAN), a Ordem dos Psicólogos, a Ordem dos Enfermeiros e o Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida. De referir ainda que foi solicitado parecer à Comissão de Saúde da Assembleia da República em relação aos projetos de lei do PEV e do PS, que decidiu não se pronunciar, justificando o seu ato com o artigo 137º nº 3 do Regimento da Assembleia da República, que refere que a elaboração do parecer é facultativa.

Focando a análise nos pareceres dos organismos da área da saúde, os documentos analisados foram: os pareceres da Ordem dos Enfermeiros, em relação aos projetos de lei do PAN, PS e PEV, já que não o fez em relação ao projeto do BE; o parecer da Ordem dos Psicólogos que se pronunciou conjuntamente aos projetos de lei do BE, do PEV e do PS; e, por último, o parecer do Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida em relação ao projeto de lei do PAN, já que se escusou a fazer o mesmo para os outros projetos de lei dada a aproximação da data de discussão dos projetos na generalidade. De referir neste domínio que a Ordem dos Médicos não se pronunciou em relação a qualquer um dos projetos de lei, apesar da solicitação por parte da Comissão de Assuntos Constitucionais, Direitos, Liberdades e Garantias.

A análise de tomadas de posição públicas de outros organismos da área da saúde será também realizada, nomeadamente daqueles que foi possível identificar. Neste ponto

analisar-se-ão o posicionamento dos bastonários da Ordem dos Médicos (análise de uma declaração conjunta), da Associação de Médicos Católicos Portugueses, bem como da Associação Católica de Enfermeiros e Profissionais de Saúde.

Por fim, será realizada uma recolha sistemática de notícias, do jornal *Público* e do *Observador*, cuja escolha se deveu à diversidade de posicionamentos políticos habitualmente encontrados entre estes, sendo o *Público* uma publicação que assume uma posição mais centrista, ao passo que o *Observador* tende a estar geralmente mais associado ao espectro político da direita.

Para esta pesquisa utilizaram-se as seguintes palavras-chave - eutanásia e suicídio assistido - tendo sido selecionado o período entre 1 de fevereiro de 2017 a 30 de junho de 2018 para o levantamento das mesmas. O início do período de recolha coincidiu com a apresentação do primeiro projeto-lei, por parte do PAN, que despoletou, de forma mais intensa, o debate sobre a morte medicamente assistida. O término da pesquisa em junho de 2018 deveu-se ao facto de as propostas terem sido discutidas em plenário a 29 de maio de 2018, com o intuito de se verificar que reações surgiram ao mesmo.

Da pesquisa realizada resultou a recolha de 117 peças jornalísticas do *Público* e 134 do *Observador*, as quais foram analisadas em relação às seguintes variáveis: tipologia (reportagem, opinião, entrevista); identificação dos autores; identificação de atores referidos ao longo da peça; posicionamento (positivo, negativo ou neutro) de cada um dos atores referidos; e, argumentos apresentados que sustentam o posicionamento de cada um dos atores. Assim, do Jornal *Público*, quanto às suas tipologias, recolheu-se 84 reportagens, 7 entrevistas, 22 opiniões e 4 editoriais. No *Observador* fez-se o levantamento de 92 reportagens, 2 entrevistas e 40 opiniões.

Desta lista de peças jornalísticas foram, posteriormente, analisadas com maior profundidade apenas aquelas que tinham, como atores centrais ou até autores (ex: textos de opinião), profissionais de saúde ou associações da área da saúde, indo ao encontro a um dos nossos objetivos operacionais.

Quanto às limitações do presente estudo, estas passaram pela falta de investigação inerente ao tema da eutanásia em Portugal.

4. Análise dos projetos de lei e do posicionamento dos profissionais de saúde e das suas associações representativas em relação à regulação da morte medicamente assistida

A componente empírica deste trabalho incidirá, como referido na secção metodológica, sobre as seguintes tipologias de documentos, que serão analisados em diferentes secções do capítulo: os pareceres de avaliação dos projetos-lei propostos pelo PAN, BE, PEV e PS emitidos por entidades da área da saúde (secção 4.2), as tomadas de posição públicas de associações de profissionais de saúde (secção 4.3), bem como de conteúdos de imprensa escrita publicados em dois jornais portugueses, *Público* e *Observador* (secção 4.4). Antes disso, analisam-se sumariamente os projetos-lei que motivaram o debate em torno da regulação da morte medicamente assistida em Portugal (secção 4.1).

4.1. Análise sumária dos projetos-lei de regulação da morte medicamente assistida

a) Projeto-lei do partido Pessoas-Animais-Natureza (PAN)

O projeto-lei n.º 418/XIII/2º, que se propunha “Regula[r] o acesso à morte medicamente assistida”, apresentado pelo PAN, define morte medicamente assistida como sendo “o ato de antecipar a morte, em resposta a pedido consciente e reiterado, de uma pessoa doente em situação de grande sofrimento e numa situação clínica grave e irreversível, sem quaisquer perspetivas de cura”.

Justifica a pertinência da proposta pelo facto de a prática médica respeitar cada vez mais a autonomia e liberdade do doente, acrescentando que “viver é um direito e não uma obrigação” e que “o paciente deixou de ser um sujeito meramente passivo na relação médico/doente, para passar a ser um sujeito detentor de direito que, em conjunto com o médico, decide o percurso da sua vida”.

A proposta tem como objetivo que a vontade do doente seja tida em conta em todo o processo, nomeadamente, no que diz respeito ao fim de vida. Importa salientar que a mesma deixa explícito que a morte assistida só poderá ser aplicada a doentes que se encontrem conscientes e lúcidos e que manifestem claramente a sua vontade, excluindo menores,

pessoas com anomalias psíquicas ou doença do foro mental. Para verificar se todos os procedimentos foram comprimidos, o projeto propõe a criação de uma Comissão de Controlo e Avaliação da Aplicação da Lei.

b) Projeto-lei do partido Bloco de Esquerda (BE)

A apresentação do projeto-lei 773/XIII, no qual o BE pretendia “Defin[ir] e regula[r] as condições em que a antecipação da morte, por decisão da própria pessoa com lesão definitiva ou doença incurável e fatal e que se encontra em sofrimento duradouro e insuportável, não é punível”, tinha por objetivo “*ampliar na sociedade portuguesa o espaço da tolerância e do respeito pela livre decisão de cada um/a*”.

De acordo com o texto do projeto, os requisitos para que se possa fazer o pedido de antecipação da morte seriam três, nomeadamente: existir um diagnóstico de doença incurável e fatal ou uma lesão definitiva, um prognóstico de doença incurável e fatal, um estado clínico de sofrimento duradouro e insuportável e consciência do doente, por forma a entender o alcance e o sentido do pedido; respeito pela vontade do doente, de forma livre consentida, excluindo menores e doente mentais; salvaguarda do cumprimento da lei, em termos dos respeito pelos requisitos referidos na lei, algo que não existe nos outros países onde a morte assistida foi legalizada.

Antes da realização do ato em si, seria necessário um parecer favorável da Comissão de Avaliação dos Processos de Antecipação da morte (três juristas, três profissionais de saúde e três profissionais em ética e bioética), que garante a cumprimento do procedimento consoante a lei.

O projeto-lei permitia que o procedimento fosse praticado em estabelecimentos do Serviço Nacional de Saúde (SNS) e nos estabelecimentos privados e sociais.

c) Projeto-lei do Partido Socialista (PS)

O PS inicia o projeto-lei 832/XIII, que pretende “procede[r] à 47.^a alteração ao Código Penal e regula[r] as condições especiais para a prática de eutanásia não punível”, referindo que é necessário levar em conta a “autonomia individual de cada pessoa”, respeitando o princípio da dignidade da vida humana.

Neste sentido, o projeto de lei destina-se a regular a “*eutanásia não punível da antecipação da morte por decisão da própria pessoa, maior, em situação de sofrimento extremo, com lesão definitiva ou doença incurável e fatal, quando praticada ou ajudada por profissionais de saúde.*”

Estipula ainda que se alterem os artigos 134º e 135º do Código Penal, despenalizando a prática de homicídio a pedido, e ajuda ao suicídio quando realizado em cumprimento com a lei.

Por fim, prevê que a Comissão de Verificação e Avaliação do Procedimento Clínico de Antecipação da Morte seja composta por 5 profissionais: um jurista, um médico (recomendado pela Ordem dos Médicos), um enfermeiro (indicado pela respetiva Ordem) e um especialista em ética.

d) Projeto de lei do Partido Ecologista “Os Verdes” (PEV)

O projeto de lei de Lei 838/XIII, apresentado pelo PEV, no sentido de “defin[ir] o regime e as condições em que a morte medicamente assistida não é punível”, tinha por objetivo contribuir para o fomento de um maior debate e construir uma base de trabalho para que a dignidade humana seja garantida.

Define morte medicamente assistida como “*morte provocada, de forma tão indolor e tranquila quanto os conhecimentos médicos e científicos o permitam*” e tem por objetivo definir os procedimentos no caso de morte assistida e alterar o código penal com o intuito de despenalizar a mesma.

Na exposição dos seus motivos, o PEV salienta que a despenalização da morte assistida não visa desresponsabilizar o Estado no que diz respeito ao seu dever de garantir o acesso aos cuidados paliativos.

A Comissão de verificação seria constituída por três médicos, dois enfermeiros e dois juristas (prevendo que seja pedido também relatório a um médico psiquiatra), tendo a função de verificar se o pedido cumpria todas os critérios e autorizar ou não a realização do pedido.

e) Visão global dos quatro diplomas

Como é possível observar, os quatro projetos-lei preveem que a morte assistida possa ser aplicada a casos de doentes que estejam conscientes do seu pedido, bem como que o mesmo seja livre e expresso e o doente seja informado de todas as opções possíveis de que dispõe. Para além disso, estipulam que só poderão fazer o pedido doentes de nacionalidade portuguesa e maiores de 18 anos. O pedido só poderá ser realizado no caso de doença incurável e irreversível que traga sofrimento para o doente. Em todas as propostas, é prevista a criação de uma comissão, que avalia se estão reunidas as condições para que o pedido seja realizado.

No projeto do BE, do PS e do PEV, o pedido pode ser realizado a três médicos (o médico que recebe o pedido, o médico assistente ou médico de família e o médico especialista). No projeto-lei do PAN, é possível ainda pedir outro parecer a outro médico.

Uma das principais diferenças encontradas nos projetos-lei encontra-se nas possibilidades do local onde o procedimento poderá ser realizado - o PAN e o BE não colocam restrições, podendo ser realizado em quaisquer instalações públicas ou privadas, desde que forneçam serviços de saúde; o PS permite que se realize no domicílio do doente ou em qualquer lado a seu pedido; e apenas o PEV prevê que a sua realização se realize apenas no Sistema Nacional de Saúde (SNS).

Após emissão dos projetos-lei, os mesmos foram enviados para a Comissão de Assuntos Constitucionais, Direitos, Liberdades e Garantias, a qual solicitou apreciação a várias associações para avaliação das diferentes propostas. O conteúdo destas apreciações,

nomeadamente aquelas que foram emitidas por organismos da área da saúde, será objeto de análise na secção que se segue.

4.2. Análise dos pareceres de organizações da área da saúde aos projetos de lei de regulação da morte medicamente assistida

A Comissão de Assuntos Constitucionais, Direitos, Liberdades e Garantias solicitou parecer aos projetos de lei do PAN, BE, PEV e PS a um conjunto de organismos de diferentes áreas. Na área da saúde, foram solicitados pareceres à Ordem dos Médicos, ao Colégio da Especialidade de Psiquiatria da Ordem dos Médicos (apenas no caso do projeto de lei do PAN), à Ordem dos Psicólogos, à Ordem dos Enfermeiros e ao Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida (CNECV); bem como à Comissão de Saúde da Assembleia da República (em relação aos projetos de lei do PEV e do PS).

A propósito destes pedidos, importa destacar que nenhum dos organismos emitiu parecer a todos os projetos de lei. Por um lado, a Ordem dos Enfermeiros emitiu parecer diferenciado apenas para os projetos de lei do PAN, BE e PS. Por outro lado, a Ordem dos Psicólogos emitiu um parecer conjunto para os projetos de lei do BE; PEV e PS (não emitiu para o projeto de lei do PAN), enquanto que o Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida apenas emitiu parecer ao projeto de lei do PAN, escusando-se a fazer o mesmo para os outros projetos de lei dada a aproximação da data de discussão dos projetos na generalidade. Por fim, a Ordem dos Médicos e a Comissão de Saúde não emitiram parecer a qualquer um dos projetos de lei.

a) Análise dos pareceres da Ordem dos Enfermeiros

Em relação ao projeto-lei apresentado pelo PAN (Projeto de Lei 418/XIII), a Ordem dos Enfermeiros considerou, no seu parecer, o projeto-lei bastante redutor devido à inexistência da participação de um enfermeiro no processo, uma vez que, em Portugal, a obrigação do enfermeiro é garantir o respeito pela vida, a dignidade humana e a saúde e bem-estar da população, através de medidas que melhorem os cuidados e os serviços de enfermagem.

De igual modo, a Ordem dos Enfermeiros considerou que a abordagem à morte medicamente assistida feita pelo projeto-lei não poderia sobrepor-se, nem se antecipar, à Rede de Cuidados Paliativos e Continuados.

O parecer critica ainda o facto de o pedido poder ser feito a um médico que não tenha tido qualquer relação quotidiana com o doente, já que o pedido poderia ser feito a um médico à escolha do doente, designado de médico assistente, que poderia ser o médico de família ou o médico que fizesse o acompanhamento em hospital ou cuidados paliativos, podendo, posteriormente, ser pedido uma opinião a um médico especialista na doença em questão. Deste modo, a Ordem dos Enfermeiros critica o facto de haver a possibilidade de um médico que não tenha tido relação quotidiana com o doente possa tomar esta decisão, bem como a não inclusão da equipa multidisciplinar que todos os dias prestam cuidados aos doentes. Assim, considera que não é possível que se garanta que o doente esteja a tomar a sua decisão de forma livre e consciente. A Ordem relembra que a importância da multidisciplinaridade consta no diploma "Comissões de Ética para a Saúde".

Quanto à alteração do Código Penal, proposta pelo PAN, a Ordem critica também a despenalização dos médicos na aplicação da eutanásia ou ajuda ao suicídio assistido quando este pedido é feito pelo doente.

Assim, a Ordem dos Enfermeiros concluiu que o projeto-lei não tem maturidade para que se considere como tal e não aprova a proposta.

Em relação ao projeto de lei apresentado pelo BE, a Ordem dos Enfermeiros salientou, tal como aconteceu com o parecer dado ao Projeto-lei do PAN, que o projeto-lei seria redutor devido à inclusão de apenas o médico no processo, excluindo outros profissionais, nomeadamente os enfermeiros, colocando de lado a importância da equipa multidisciplinar, mas também a possibilidade de o pedido poder ser feito a um médico que poderia nunca ter tido qualquer relação quotidiana com o doente.

Ademais, a Ordem rejeitou a ideia inscrita no projeto-lei do BE, que refere que o enfermeiro pode participar no processo desde que tenha supervisão médica, nomeadamente por considerar que os enfermeiros não estão, em momento algum da sua prática, sob supervisão.

A Ordem considera ainda que o projeto falha ao propor que os profissionais, no caso de objeção de consciência, tenham de comunicar a sua opção até 24h e especificar as suas razões. Para este organismo, este artigo entra em conflito com o artigo 41º, nº 1 e 2, da constituição, que especifica que “*A liberdade de consciência, de religião e de culto é inviolável; ninguém pode ser perseguido, privado de direitos ou isento de obrigações ou deveres cívicos por causa das suas convicções ou prática religiosa.*”

Por fim, a Ordem deduz que o projeto de lei não apresenta critérios para a sua aprovação.

Em relação ao projeto de lei do PS, a Ordem dos Enfermeiros apresentou críticas comuns aos projetos-lei do PAN e do BE, acrescentando uma nota no que diz respeito à composição da Comissão de Verificação e Avaliação dos Procedimentos Clínicos da Morte, que seria constituída por dois juristas, 1 médico, um enfermeiro e um especialista em bioética, não colocando a possibilidade de pedir apoio a outros técnicos. Conclui, assim, que a proposta em causa não reúne os requisitos necessários para ser dado um parecer positivo.

b) Análise do parecer do Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida

O Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida, que se pronunciou apenas em relação ao projeto de lei do PAN, considera, por sua vez, que a proposta do projeto-lei leva à abertura de lacunas a nível ético e social pelas desigualdades existentes no acesso aos cuidados de saúde.

No que concerne ao argumento da autonomia da pessoa que faz o pedido, o CNECV argumenta que o mesmo fica dependente da avaliação de terceiros e, por isso mesmo, a autonomia do doente na sua decisão não está garantida.

Quanto ao argumento a favor para se manter a dignidade da pessoa, o Conselho refere que este termo é diferente para cada pessoa e, por isso, acarreta muitas dúvidas na validade do seu pedido. Critica o projeto por dar à pessoa apenas a opção de morrer e classificar a mesma como digna.

De acordo com o CNECV, o projeto-lei falha ainda por classificar de forma indistinta as modalidades de eutanásia ativa e o suicídio assistido, as quais diferem a nível ético, já que

na primeira é o doente a concretizar a morte por si e a segunda obriga terceiros a executar a morte a outrem. Acrescenta que, erradamente, a proposta coloca ao mesmo nível os pedidos de morte e as decisões de interrupção e não aplicação de tratamentos.

O CNECV critica ainda a utilização de diferentes conceitos, uma vez que estes devem ser de fácil compreensão por parte dos cidadãos. Por exemplo, o CNECV considera que o conceito de morte medicamente assistida não é o termo mais adequado, uma vez que não se trata de dar assistência durante um processo, tal como acontece na procriação medicamente assistida, mas sim de uma intervenção pontual tendo como finalidade o suicídio.

Para o CNECV, a fundamentação do pedido para morrer é questionável, uma vez que vai contra o princípio da inviolabilidade da vida humana e leva a uma contradição nas funções de alguns profissionais como os médicos e ao papel do Estado a nível técnico, jurídico e administrativo, referindo ainda que a obrigação do Estado é de garantir as boas práticas médicas. Considera, ainda, que os procedimentos para se verificar a capacidade de decisão de forma livre e autónoma, não são claras e que a grande burocracia, que se iria verificar para fazer o pedido de avaliação a vários médicos, levaria a um sofrimento adicional do doente.

Quanto à atuação do médico, o CNECV, considera que o facto de a proposta sugerir a intervenção apenas deste profissional vai contra os seus princípios de atuação e a objeção de consciência só podia existir se esta prática constasse nos deveres dos mesmos.

O CNECV reforça ainda as desigualdades notáveis que se verificam, especialmente em Portugal, nos cuidados paliativos e acrescenta que o Estado não pode pensar em legislar sobre a eutanásia sem primeiro se centrar na questão referida.

Por estes motivos, o CNECV assume que o projeto não reúne os determinantes éticos necessários para a sua aprovação.

c) Análise do parecer da Ordem dos Psicólogos Portugueses

No parecer emitido em relação aos projetos do BE, PEV e PS, a Ordem dos Psicólogos Portugueses decidiu não se pronunciar a favor ou contra a legalização da morte medicamente

assistida, propondo apenas que o processo deveria englobar a participação de um profissional de Psicologia.

d) Visão global dos pareceres

Perante a análise realizada, pode-se aferir que a Ordem dos Enfermeiros emitiu parecer a todos os projetos de lei propostos, à exceção do projeto de lei do PEV. A Ordem posicionou-se contra as propostas do PAN, BE e PS argumentando que estas não preenchiam os critérios necessários para a sua aprovação. O CNECV, apenas emitiu parecer ao projeto de lei do PAN, tendo manifestado que o mesmo não reunia os princípios éticos necessários para a sua validação. A Ordem dos Psicólogos manteve uma posição neutra quanto aos projetos de lei do BE, PS e PEV. Na figura 3 apresenta-se um quadro resumo relativo aos posicionamentos emitidos pelas organizações da área de saúde aos projetos de lei.

Figura 3. Quadro síntese da análise dos pareceres de organizações da área da saúde aos projetos de lei de regulação da morte medicamente assistida

	PAN	BE	PS	PEV
Ordem dos Enfermeiros	Contra	Contra	Contra	-
CNECV	Contra	-	-	-
Ordem dos Psicólogos Portugueses	-	Neutra	Neutra	Neutra

4.3. Análise das tomadas de posição públicas

Para além dos pareceres que foram emitidos por organizações da área da saúde na sequência de pedido da Comissão de Assuntos Constitucionais, Direitos, Liberdades e Garantias,

algumas outras organizações/ grupos de individualidades deste setor decidiram apresentar tomadas de posição públicas.

Um exemplo de tais tomadas de posição foi a que foi apresentada por 6 bastonários (o atual e cinco anteriores) da Ordem dos Médicos, em maio de 2018, com o intuito de a entregar ao Presidente da República. Foram subscritores desta declaração os seguintes bastonários: António Gentil Martins, Carlos Soares Ribeiro, Germano de Sousa, Miguel Guimarães (atual Bastonário) e Pedro Nunos. Nesse documento, estes profissionais de saúde defendem a vida humana, ao começar por referir que a Constituição Portuguesa, a Declaração Universal dos Direitos Humanos, bem como também todos os códigos de ética médica, consideram a vida humana inviolável. Neste sentido, classificam a eutanásia ativa ou o suicídio assistido, sob qualquer condição, é um ato de tirar a vida. Referem ainda que, de acordo com a Associação Médica Mundial, a eutanásia, o suicídio assistido e a distanásia representam uma violação grave e inaceitável. Por fim, enfatizam que o Código Deontológico dos Médicos não deve ser desrespeitado em qualquer circunstância.

Outros dois exemplos de tomadas de posição pública foram as apresentadas por associações de profissionais de saúde com cariz religioso, como é o caso da Associação Católica de Enfermeiros e Profissionais de saúde (ACEPS) e da Associação dos Médicos Católicos Portugueses (AMCP).

A ACEPS, no seu documento, refere que não se pode utilizar expressões como “morrer com dignidade”, “morte assistida” e “sofrimento intolerável” no contexto do debate da eutanásia, uma vez que estas são sentidas de forma subjetiva por cada indivíduo. De igual modo, a associação demonstra preocupação com o esclarecimento dos cidadãos sobre o conceito de eutanásia, referindo que o tema não é tabu e deve ser discutido sobre todas as vertentes. Acrescenta ainda que não se pode confundir o conceito de “liberdade” com “direito a escolher morrer”. De igual modo, salienta a importância do papel dos profissionais de enfermagem, considerando que estes têm grande competência para falar do tema em questão. Lembra ainda o desenvolvimento que se tem verificado nos Cuidados Paliativos, com a melhoria das técnicas, bem como a formação nesta área. Por fim, faz alusão ao código deontológico e à importância dos seus princípios e a presença da religião cristã.

No mesmo seguimento de ideias, a AMCP refere a importância do código deontológico dos médicos, salientando o facto de a prática médica não ser conciliável com a prática da eutanásia, referindo que se opõem, também, à prática da distanásia. Uma vez que não é fácil determinadas decisões no que diz respeito aos tratamentos adequados, a associação defende que os médicos devem beneficiar de uma maior formação. Ademais, acusa o debate público de influenciar a opinião pública com determinados termos como “autodeterminação”, “liberdade”, “dignidade” e “compaixão”. Defende ainda um maior investimento nos cuidados continuados e a criação de políticas públicas de proteção aos mais frágeis. Por último, alerta para o deterioramento que a despenalização da eutanásia pode trazer na relação de confiança entre o médico e o paciente.

Após a análise das tomadas de posição públicas, verificou-se que tanto os seis bastonários da Ordem dos Médicos, a ACEPS e a AMCP pronunciaram-se contra a legalização da morte medicamente assistida em Portugal, posição que se encontra sumariada na figura 4.

Figura 4. Quadro síntese da análise das tomadas de posição públicas

	Sentido da Tomada de posição
6 bastonários (atual e antigos) da Ordem dos Médicos	Contra
ACEPS	Contra
AMCP	Contra

4.4. Análise de peças jornalísticas sobre o posicionamento de profissionais ou organismos da área da saúde

Tal como referido anteriormente, nesta secção analisam-se 25 peças jornalísticas publicadas na versão online do jornal *Público* e 15 publicadas no jornal on-line *Observador*.

a) Jornal Público

No Jornal Público, foram analisadas 117 peças jornalísticas sobre a temática da morte medicamente assistida, entre as quais 25 se englobam na análise pretendida, uma vez que aludem a pelo menos um ator da área da saúde.

Notícia 1, 22 de maio de 2017

Sobrinho Simões, médico, especialista em anatomia patológica e investigador, esclarece, nesta reportagem, que, apesar de ser a favor da despenalização da eutanásia, será objetor de consciência caso esta seja legalizada, como mostra o excerto a seguir:

"Por um lado, acho que as pessoas têm todo o direito a terem acesso à eutanásia, mas eu não a farei e serei objetor de consciência."

A notícia faz, ainda, alusão ao conjunto de debates realizado pelo Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida (CNECV), intitulado “Decidir sobre o Final de Vida”, que teve como tema principal a autonomia. O primeiro debate deste ciclo terá contado com a participação de Sobrinho Simões, que defendeu a ideia acima referida, da jurista Maria de Belém Roseira, que afirmou ser a favor da autonomia da pessoa, do filósofo José Gil, e de Walter Osswald, especialista em ética, que defendeu que a legalização da eutanásia só iria reforçar a autonomia do médico, tal como é visível no seguinte excerto.

"Só o médico é que pode determinar as condições do doente. Há um reforço do poder do médico e não do doente."

José Gil, filósofo, argumentou, por sua vez, que *"Quanto mais os vivos apagam os mortos da sua vida, mais empobrecidos ficam"*, disse, considerando que a eutanásia é *"uma maneira da sociedade os acolher."*

Neste debate referiu-se, ainda, que a aplicação da eutanásia na Bélgica e na Holanda se havia alargado a crianças e a menores deficientes.

Notícia 2, 8 de outubro de 2017

Nesta notícia há referência ao facto de o obstetra e ex-presidente do CNECV, Miguel Oliveira da Silva, ter lançado um livro intitulado “Eutanásia, suicídio ajudado, barrigas de aluguer”, no qual afirma que em Portugal “morre-se mal”, fazendo referência à falta de proximidade que existe entre os profissionais de saúde, nomeadamente os enfermeiros, e os pacientes, tal como é visível no seguinte excerto:

"Solicitude e a compaixão estão muitas vezes ausentes (...) há enfermarias que são verdadeiros desertos afetivos em que se agoniza anonimamente."

O obstetra explica ainda que, muitas vezes, se morre com dores e sozinho e que não há motivos para isso, havendo, também, falta de compaixão. Questionado pelo entrevistador sobre a ligação existente entre uma boa rede de cuidados continuados e a possível diminuição de pedidos de eutanásia, Miguel Oliveira da Silva reforça que se deve respeitar a vontade do doente, mesmo que esta seja não ser assistido por cuidados paliativos no fim de vida.

“Por vezes, nos paliativos, há quem tente convencer os doentes que vão para Deus. Eu até acredito em Deus, mas não é isso que está em causa. O médico dos cuidados paliativos não deve tentar converter o doente antes de ele morrer.”

O médico alerta, ainda, para os casos em que não há apenas sofrimento físico, mas também a nível psicológico, principalmente naqueles em que não é doença terminal e as pessoas podem mudar de opinião.

Outro aspeto que salienta é a problemática da Bélgica e da Holanda, onde se está a alargar a aplicação da eutanásia a vários casos, nomeadamente, a pessoas que estão cansadas de viver.

“O grande problema é que nos países onde a eutanásia existe, designadamente na Bélgica e na Holanda, lemos e estudamos e vemos que há abusos e há pressões sobre alguns doentes para que a peçam, há diagnósticos errados, há indicações cada vez mais alargadas - hoje já querem que seja possível também para as pessoas que se dizem cansadas de viver.”

Questiona, por outro lado, o facto de 230 deputados do Parlamento terem a capacidade de tomar esta decisão, até porque os partidos não colocaram esta discussão no seu programa eleitoral.

Quanto à questão da realização de um referendo, o entrevistado diz que provavelmente o Presidente da República não permitirá que isso aconteça e, caso seja aprovado no Parlamento, enviará para o Tribunal Constitucional de onde não passará.

Notícia 3, 5 de dezembro de 2017

A presente notícia remete para o encerramento do ciclo de debates organizado pelo CNECV, mencionado em notícia anterior, no qual o atual presidente do referido conselho, Jorge Soares, lembra que não se deve ter pressa para legislar e que deve acontecer um debate maior, uma vez que este ainda não terá chegado a todos os cidadãos.

Jorge Soares considera ainda ser necessário haver uma reflexão sobre a compaixão e afeto, algo que não existe em Portugal e noutros países, e enfatiza que os cuidados paliativos chegam a um pequeno número da população, tal como se observa pelo seguinte excerto:

“É tempo de promover uma reflexão sobre a compaixão... morre-se mal, sem afeto e sem compaixão... cuidados paliativos chegam a um pequeno grupo dos que a eles querem aceder.”

Para complementar a falta de debate, Jorge Soares aponta para a falta de conhecimento que há quanto aos conceitos sobre este tema, que são muitas vezes confundidos, como eutanásia e suicídio assistido, e quanto aos direitos dos doentes no fim de vida.

Na mesma linha, Diego Garcia, da área da bioética, figura reconhecida em Espanha e na América Latina, apelou à solução centrada nos cuidados paliativos, ao invés de apostar na distanásia e na eutanásia:

“Muito cuidado porque temos a tendência de ir à distanásia e à eutanásia e a solução ótima é a que está aqui no meio, os cuidados paliativos.”

Por fim, Marcelo Rebelo de Sousa, reforça a falta de sensibilização que existe por parte de alguns portugueses.

“Há porventura insuficiente sensibilização por parte de alguns portugueses.”

Notícia 4, 5 de dezembro de 2017

Esta entrevista é realizada na data de encerramento do ciclo de debates organizado pela comissão de ética. A entrevistadora começa por questionar sobre a importância da análise da legislação de outros países para o debate, ao que Jorge Soares, presidente do CNECV, responde que a eutanásia está legislada na Holanda, Bélgica e Luxemburgo, ao passo que, na Suíça, existem organizações particulares que praticam o suicídio assistido. O presidente da CNECV expõe, também, os três objetivos deste ciclo de debates: informar sobre a diferença dos termos usados, estimular ao debate (uma vez que, as pessoas não lidam bem com falar da sua morte) e recolher opiniões.

“Tínhamos três objetivos. Informar: as pessoas estão muito desinformadas, não sabem o que é a eutanásia, o suicídio ajudado, a sedação profunda, a futilidade terapêutica... levámos a informação onde foi possível. O segundo objetivo era estimular a discussão sobre estes temas. As pessoas têm muita dificuldade em falar da sua própria morte. É preciso que se antecipem os cenários para que tudo fique mais fácil no momento em que vier a acontecer. O terceiro era recolher opinião porque o conselho recolhe opiniões nos seus pareceres e relatórios. Para fazer a nossa opinião é preciso ouvir a opinião de muitas pessoas.”

Outra das questões colocadas baseou-se na forma como o Conselho poderia chegar às pessoas que, por determinados motivos, não tiveram acesso ao ciclo de debates. O entrevistado responde que, apesar de terem tentado ir ter com as pessoas aos diferentes distritos, não se chegou a toda a gente, tendo também sido questionado do porquê de se discutir este tópico.

“Esta convocatória foi, muito provavelmente, insuficiente. Pela primeira vez fomos às cidades ter com as pessoas, e nas respetivas cidades o tema foi objeto de alguma publicitação, discutido em algumas tertúlias, atingiu algum efeito de bola de neve. Não chegámos a toda a gente.”

Questiona sobre a realização de um referendo ao que o entrevistado responde que não tem a certeza se a realização de um referendo será uma boa solução.

“Não estou certo que [o referendo] seja um instrumento eficaz.”

De seguida, Jorge Soares afirma que o Conselho não serve para dar recomendações, tem que se dar parecer sobre o projeto-lei já emitido (PAN) e que o mesmo está em preparação, não fazendo avaliações sobre os argumentos contra e a favor utilizados no ciclo de debates.

“Não é para isso que existe. O Conselho tem que se pronunciar sobre um projeto de lei que foi remetido para a Assembleia da República do PAN. Sabemos que há outro do Bloco de Esquerda, mas que ainda não recebemos (...) Está em preparação. (...) Não tenho esse juízo em termos de balanço. Há argumentos muito bons de ângulos a favor e argumentos muito bons de ângulos contra.”

Quanto à sua opinião sobre a eutanásia, o presidente do Conselho afirma que não pode dar a sua opinião, uma vez que compromete uma decisão que tem de ser tomada a nível coletivo.

De seguida, o entrevistador questiona sobre a possibilidade de o Juramento de Hipócrates ser alterado em função do respeito da autonomia e da dignidade do doente para favorecer a legalização da eutanásia. Jorge Soares responde que os argumentos anteriores foram os mesmos utilizados nos países em que a eutanásia foi legislada. Contudo, existem fatores a ter em conta, quando se fala na autonomia: alguém pode pedir a eutanásia, mas a pessoa que recebe o pedido pode recusar aplicá-la.

“A questão da autonomia é mais complexa: a minha autonomia de pedir está sempre limitada pela autonomia de quem acede ao meu pedido. A autonomia é relativa. Se eu pedir ‘quero morrer’ o outro pode responder ‘isso não faço’.”

No que diz respeito às críticas por parte do BE e do PAN, por o CNECV ter realizado, agora, este ciclo de debates, o presidente responde que é ouvindo as pessoas que se constroem boas leis e, para isso, realizou esta dinâmica e não com a intenção de interferir com os projetos-lei propostos, até porque foi pedido parecer e a comissão entendeu que deveria de ouvir as pessoas.

“Neste caso em particular, se querem fazer boas leis, é ouvindo as pessoas. Houve uma má interpretação dos deputados entendendo que o Conselho estaria a corromper o terreno. O Conselho tomou esta iniciativa, recebeu um pedido de parecer, portanto entendeu que devia ouvir as pessoas. O CNECV não faz política.”

De seguida, Jorge Soares é questionado pelo facto de não haver muitos médicos a favor da eutanásia, como houve em relação ao aborto. Este justifica que o aborto é algo que colocava a vida das mulheres em risco, levando à sua maior aprovação. Alerta, ainda, para a diferença que existe entre os médicos serem a favor da eutanásia e quererem aplicá-la, dando o exemplo de Sobrinho Simões que disse isso mesmo. No ciclo de debates em Aveiro, o Dr. Nuno Miranda que explicou que quando estagiou na Holanda foi a altura em que o país legalizou a eutanásia, tendo vivenciado um médico a aplicar a eutanásia a um amigo, o que resultou mal-estar ao médico durante algum tempo. Daí que, Jorge Soares, defende que por os médicos serem a favor, não significa que aceitem aplicá-la.

“Num dos debates houve um depoimento muito interessante do professor Manuel Sobrinho Simões que disse: ‘Sou a favor da eutanásia, mas que ninguém mo peça porque não sou capaz de o fazer.’ Em Aveiro, o Dr. Nuno Miranda referiu que na altura em que foi aprovada a eutanásia na Holanda, ele estava lá a estagiar e o chefe de serviço acedeu a um pedido de um amigo — e durante um mês não esteve bem. Uma coisa é os médicos serem favoráveis, outra é disponibilizarem-se para terminar a vida num processo letal. Há médicos que se disponibilizam para isso, mas julgo que a maioria não o fará.”

Posteriormente, faz-se alusão à “rampa deslizante” verificada na Holanda, onde o número de mortes, por eutanásia, aumentou depois da legalização da eutanásia. O presidente do CNECV justifica este fenómeno por a morte ter ficado mais vulgarizada.

Por fim, Jorge Soares é questionado sobre aquilo que seria mais complexo de resolver, caso a eutanásia fosse legalizada, tendo mencionado dois aspetos: o processo burocrático, que tornaria o processo “longo e castigador” para o doente que a pedisse, e a possibilidade de acontecer casos como o da Bélgica, onde já se pode aplicar a crianças.

“Os relatórios parcelares que vão administrar o processo tornam este processo longo e muito castigador para o próprio doente...A outra questão é quem pode pedir. Na Bélgica já estamos no campo pediátrico...”

Notícia 5, 17 de dezembro de 2017

Realizada pela empresa Lusa, esta notícia fala sobre uma plataforma europeia criada por 15 especialistas, tendo a ideia partido de Miguel Ricou, presidente da comissão de ética da Ordem dos Psicólogos, membro do Centro de Investigação em Tecnologias e Serviços de Saúde (CINTESIS) e professor na Faculdade de Medicina da Universidade do Porto. Intitulada “Wish to Die”, a plataforma tem como objetivo criar debate e metodologias que criem uma legislação que vá ao encontro ao interesse do doente. Importa referir que a plataforma se centra em quatro dimensões: o processo de tomada de decisão, a consistência e o seu tempo, o impacto da posição da família do doente e o peso dos cuidados paliativos. Miguel Ricou refere que existe falta de estudos sobre o tema em todas as suas vertentes, tendo apenas encontrado 14 artigos publicados no mundo sobre psicologia e eutanásia. Perante isto, classificou a situação como assustadora e estranha, na medida em que se quer legislar, mas não há preocupação em investigar.

"Não temos estas dimensões estudadas. É assustador perceber que toda a gente fala sobre o assunto, toda a gente tem opinião sobre o assunto, mas ninguém se preocupou em estudá-lo."

Notícia 6, 5 de fevereiro de 2018

A presente notícia reporta para o posicionamento da Associação dos Médicos Católicos Portugueses, que se apresenta absolutamente contra. A mesma afirma que a legalização da eutanásia irá destruir a relação medico-paciente e critica o projeto-lei do BE por incluir médicos na Comissão de Avaliação dos Processos de Antecipação da Morte, uma vez que é contraditório à “missão” dos mesmos para com o doente, que é a de salvar a vida.

“Admitir que os médicos possam validar ou participar numa decisão que provoca a morte, com o objetivo de eliminar o sofrimento, é absolutamente inaceitável... O médico não pode mudar de posição, não pode fazer tudo para melhorar a vida do doente e, em simultâneo, agir, a pedido do doente, no sentido de lhe tirar a vida, ajudando ao suicídio.”

Notícia 7, 7 de fevereiro de 2018

Esta notícia reporta o facto de a Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos (APCP) ter pedido uma audiência ao Presidente da República. A associação defende que, antes de se legalizar a eutanásia, é necessário haver investimento nos cuidados paliativos. Faz-se igualmente referência às declarações de Francisco George, ex-diretor-geral da Saúde e atual presidente da Cruz Vermelha, que se mostrou a favor da despenalização da eutanásia, pois participou na conferência realizada pelo BE, intitulada “Despenalizar a morte assistida: tolerância e livre decisão”. O ex-diretor adotou esta posição por acreditar que existem abusos a nível médico para manter a vida de forma artificial, não sendo aceitável a vários níveis, enfatizando, em resposta à APCP, que cada um tem a sua opinião e é normal haver diversidade no assunto.

“Porque no final da vida há abusos médicos muitas vezes, por pressão de administrações, sobretudo no sector privado, onde se mantém a vida artificial, que não é aceitável nem no plano moral, nem no plano da ética, nem no plano médico, nem no plano económico.”

Em resposta a estas declarações, Duarte Soares, presidente da associação, diz que foram criadas suspeitas graves e que as mesmas devem ser investigadas e corrigidas por quem lhe compete. Acrescenta, ainda, que a eutanásia não pode servir como alternativa às más práticas médicas.

“A legalização da eutanásia / suicídio assistido não deve ser utilizado como solução contra as práticas médicas e assistenciais inadequadas, artificiais e erradas no fim de vida.”

Notícia 8, 8 de fevereiro de 2018

Esta peça jornalística reporta que o movimento “STOP Eutanásia”, criado por 190 profissionais, entregou uma petição à Comissão de Assuntos Constitucionais, Direitos, Liberdades e Garantias. Este movimento engloba médicos, professores da área da medicina, psicólogos e enfermeiros e foi coredigido pelo ex-Bastonário da Ordem dos Médicos, Germano Sousa.

Neste documento consta que a eutanásia é uma violação da ética médica e que quebra a relação de confiança entre médico e doente, que as pessoas mostram vontade de viver e que os médicos devem garantir a disponibilização de todas as terapias disponíveis, ao invés de obstinações terapêuticas e prolongamento artificial.

“Lutar por proporcionar todos os meios necessários para se cuidar e tratar dos mais idosos, dos doentes oncológicos, dos doentes crónicos, dos portadores de deficiência e dos doentes neurodegenerativos. (...) Pedem, então, que sejam facultados os meios e recursos para os doentes graves e terminais, de modo a que a “eutanásia não tenha que ser proclamada” como um “direito”.”

Notícia 9, 13 de março de 2018

A presente reportagem faz menção às posições oficiais do CNECV, que deu um parecer negativo ao projeto-lei do PAN, usando como justificativa que não constitui as condições necessárias para que seja dado um parecer positivo.

Nesse parecer, o CNECV alerta para as desigualdades existentes no acesso aos cuidados de saúde por parte dos cidadãos, sendo que a legalização da eutanásia traria falhas significativas a nível ético e social. No documento, questiona a legitimidade que uma pessoa tem para pedir que a matem e alerta para o artigo 24º da Constituição – Direito à Vida.

“A proposta de legalização da morte a pedido abrirá uma lacuna de relevante significado ético e social pela assimetria das condições disponibilizadas e das iniquidades no acesso aos cuidados de saúde pelos cidadãos.”

Outras questões são levantadas na análise do projeto-lei do PAN, tais como a falta de distinção entre o ato de matar e o auxílio ao suicídio e o facto de a decisão final, no que diz respeito à aplicação da eutanásia, ficar nas mãos do médico, comprometendo a autonomia da pessoa que faz o pedido.

Com isto, o alerta ficou para a falta de investimento nos cuidados paliativos, uma vez que o Estado tem o dever de assegurar cuidados na fase terminal da vida.

“Estado tem a obrigação de assegurar o acesso a cuidados em fase terminal da vida a quem deles necessite e os queira receber, de um modo universal”.

Ao parecer dado pelo Conselho de Ética, André Dias, um dos conselheiros, diz não concordar com os argumentos usados, tendo anexado ao mesmo a sua declaração de voto. Nesta declaração, diz não concordar com o facto de o CNECV afirmar que o partido apresenta a eutanásia como única solução, defendendo que o partido não coloca de lado o reforço que é necessário nos cuidados paliativos. Reconhece que o suicídio assistido e a eutanásia trarão uma drástica alteração da ética médica, embora isso não possa limitar a liberdade de um cidadão poder escolher quando morrer.

“A regulamentação do suicídio assistido e da eutanásia pode criar uma dolorosa transformação da ética médica... não pode conduzir a uma negação do exercício de uma liberdade ao cidadão, em casos devidamente ponderados.”

A notícia reporta ainda que a Ordem dos Enfermeiros é também contra a legalização, em que neste caso se pronuncia contra o projeto-lei do BE, tendo sido o primeiro parecer a ser emitido. No documento, a ordem diz que o projeto não ostenta capacidade para ser analisado como tal, referindo que é necessária uma análise no campo ético, sendo que esta questão não se poderá sobrepor à garantia da disponibilização de uma rede de cuidados paliativos. Critica também o facto de o processo não englobar outros profissionais, como os enfermeiros, fazendo com que a decisão passe apenas pelo médico.

Notícia 10, 19 de abril de 2018

Esta reportagem fala sobre Ana Rita Cavaco, Bastonária da Ordem dos Enfermeiros, que se posiciona a favor da eutanásia, mas com regras, salientando que esta posição é pessoal e não reflete a posição da Ordem. Contudo, será a posição da Ordem que defenderá.

"Eu tenho a minha posição pessoal. Eu sou favorável, mas com regras. Mas essa não reflete a posição da Ordem dos Enfermeiros... A posição da Ordem, e que é a que sempre defenderei, é a de, no caso de haver legislação e vir a ser implementada, todos terem o direito a estar protegidos, sejam a favor ou contra."

A sua preocupação passa pela defesa dos profissionais, nomeadamente daqueles que pratiquem a eutanásia e sejam objetores de consciência, acrescentando que não esquece o seu dever de proteger a vida. No caso da interrupção voluntária da gravidez, diz ser objetora de consciência, uma vez que o ser humano é feito de experiências.

A bastonária refere que a Ordem criou uma especialidade em Cuidados Paliativos, estando a aguardar pela homologação do Ministério da Saúde. Esta especialidade foi criada com a finalidade de dar condições no final da vida e lamenta que em Portugal não haja as melhores condições para morrer. No entanto, este último argumento não justifica a legalização da eutanásia.

"Temos de dar condições de fim de vida dignos."

Notícia 11, 26 de abril de 2018

Entrevista a António Maia Gonçalves, médico nos cuidados paliativos, que recentemente lançou o livro: "Reanimar: Histórias de Bioética em Cuidados Intensivos", onde explica porque é contra a eutanásia e porque em determinadas circunstâncias não reanimam alguns doentes.

“Quis explicar por que é que em determinadas circunstâncias não reanimamos um doente, para que as pessoas percebam que esta é uma boa prática médica.”

Acha que a legislação para o testamento vital foi muito precipitada e o número dos que já existem são irrisórios. Exemplifica o caso do Reino Unido, onde não foi aprovado o suicídio assistido e que existe um testamento vital que faz maior sentido, pois é na altura em que o doente está consciente e precisa dos métodos invasivos que lhe perguntam se quer submeter aos mesmos. Através deste exemplo, o médico pretende comparar com o testamento vital em Portugal, pois, por exemplo, se um jovem, que tenha referido no seu testamento vital que não quer ser ligado a um ventilador, der entrada no hospital de urgência e precisar da ventilação, o médico não vai deixar de o fazer, pois considera o testamento vital em Portugal ambíguo.

“No Reino Unido, onde no ano passado foi negada no Parlamento a aprovação da lei para o suicídio assistido, há um testamento vital que faz sentido, um programa (o Respect)... um jovem diz: não quero ser ligado a ventilador nenhum. Mas se esse jovem entrar numa sala de emergência com uma pneumonia acha que vou deixá-lo morrer?”

O entrevistador questiona o médico sobre a razão do caso da Holanda ser tão falado, ao que responde que neste país 3% das causas da morte serem a eutanásia, para além de que a sua legalização já permitiu a eutanásia infantil. Salienta que existem cerca de 160 países no mundo e muito poucos permitem a eutanásia, o que se deve a um dos pilares fundamentais da sociedade que é necessário manter: o direito à vida.

Apesar de ser médico, não exclui a hipótese de se poder legalizar o suicídio assistido, uma vez que, de certa forma, este é menos grave que a eutanásia, pois já não obriga a que um médico tenha que o administrar.

“Uma das grandes qualidades do médico é não julgar ninguém... Não tendo o direito de impor os meus valores, tenho que respeitar que haja pessoas que não queiram viver

e queiram morrer com o mínimo de segurança... O suicídio assistido, de alguma forma, é menos mau do que a eutanásia. A eutanásia implica que um médico mate o doente e isso é contra qualquer código deontológico...”

Prossegue dizendo que a legalização da eutanásia, será perigosa para os idosos, pois pode fazer com que se alimente um sentimento de que são um peso ao necessitarem de ajuda dos seus familiares e essas dúvidas não podem ser geradas, questões que é muito importante serem discutidas. A pressa legislativa não pode prejudicar a prática clínica e o Parlamento deve legislar e assegurar a dignidade.

“Repare, um idoso acamado, que está consciente, apesar de muito debilitado, vai sentir que é um peso para a família... Acredite que será um fardo para as pessoas de idade se esta lei for aprovada... (...) Eu entendo que este não é um direito de cidadania. Mas se se entender no Parlamento que é, que o façam com dignidade... Não podemos fazer com que direitos ultraminoritários e esta pressa legislativa para os aprovar possam depois prejudicar a prática clínica.”

Quanto à realização de um referendo, acha que a sociedade não está suficientemente informada para isso e que é um abuso o Parlamento legislar sobre o tema.

Questionado sobre o aumento da população idosa e as vagas existentes nos cuidados paliativos, responde que os médicos tentam adequar a prática médica com a realidade, mas acrescenta que apenas 30% da população tem acesso aos mesmos.

Notícia 12, 5 de maio de 2018

António Maia Gonçalves, especialista em medicina interna e cuidados paliativos, diz existir um retrocesso civilizacional, uma vez que as pessoas não encaram a morte naturalmente. Diz

ser necessário investir nos cuidados paliativos e no apoio domiciliário para que as pessoas possam morrer em casa pois, por um lado, morre no seio da família e, por outro, traz menos custos que um internamento. Não concorda com o facto de agora pensar-se em oferecer a oportunidade de as pessoas se matarem quando o grande avanço na medicina tem gerado uma grande longevidade.

Para o médico, temos é de adaptar os cuidados prestados à realidade demográfica e isso passa por cuidados paliativos e pelo apoio domiciliário, que, em termos de investimento, implica muito menores custos do que o internamento hospitalar.

Notícia 13, 11 de maio de 2018

Esta notícia vai ao encontro do assunto da notícia 5, reportando que Miguel Ricou salienta que é necessário a existência de um maior debate sobre o tema e é muito importante auxiliar os profissionais nas decisões, bem como garantir que o doente está a pedir o que lhe faz sentido.

“Ajudar os profissionais a tomar decisões ... ter a certeza de que a decisão que a pessoa está a querer tomar representa aquilo que é o seu melhor interesse.”

Notícia 14, 13 de maio de 2018

Nesta notícia é reportado que Ana Sofia Carvalho, diretora do Instituto Nacional de Ética para as Ciências da Vida e membro do CNECV, considera que existe demasiada pressa para legislar e lamenta que o BE, PS e PEV tenham entregado os seus projetos-lei tão tardiamente, não dando tempo ao CNECV de dar o seu parecer.

“Estou no conselho há vários anos e nunca vi tal desconsideração pelos pareceres deste órgão (...) avançar com um projeto de lei sobre a eutanásia sem o parecer do conselho nacional, ao qual compete pronunciar-se sobre legislação com implicações éticas, é algo inédito e moralmente irregular.”

Ana Sofia Carvalho refere ainda a falta de informação que existe sobre o tema e a confusão de termos que há entre as pessoas, não sabendo distinguir termos como eutanásia e distanásia.

Quanto a estas declarações, Isabel Moreira pronuncia-se afirmando que o que está em questão é a discussão na generalidade e que, apesar de o parecer do CNECV ser obrigatório, não tem de ser nesta fase, dando espaço a uma maior discussão.

Notícia 15, 18 de maio de 2018

Esta peça jornalística reporta que, no debate organizado pelo CNECV, Miguel Guimarães foi questionado pelo ex-bastonário Germano de Sousa sobre qual iria ser a sua reação caso a despenalização da eutanásia fosse legalizada, ao que este responde que não irá mudar o código deontológico por ser uma conduta profissional e por ter surgido em leis internacionais. Outra questão que levanta é a legitimidade que a Assembleia da República tem para legislar sobre esta problemática, uma vez que não houve uma discussão alargada e não deve ser a mesma a decidir sobre questões que envolvem a liberdade individual de cada um.

Por fim, Miguel Guimarães, refere que é necessário que haja melhoria nos cuidados paliativos, salientando que apenas uma pequena percentagem da população tem acesso a ela. Deste modo, não se pode falar sobre sofrimento quando não há condições para acabar com o mesmo e que esta questão é que deveria ser discutida na Assembleia da República.

“Não se poder argumentar, honestamente, com o sofrimento quando não estão criadas as condições para acabar com o sofrimento... os cuidados paliativos chegam a uma percentagem muito pequena, entre 15 e 17%, da população portuguesa.”

Notícia 16, 18 de maio de 2018

Nesta notícia é reportado que Miguel Guimarães, bastonário da Ordem dos Médicos, não procederá mudança do código deontológico caso a eutanásia seja legalizada.

"O código deontológico dos médicos não é mudado porque muda a lei."

Quanto à realização de um referendo interno, este diz que não se justifica a sua realização, uma vez que no código deontológico estão implícitos princípios éticos que não têm apenas a ver com a lei portuguesa.

Miguel Guimarães reforça ainda que este tema não é prioritário e que existem outros assuntos que apresentam maior prioridade, como o funcionamento do Sistema Nacional de Saúde (SNS) quanto às desigualdades e insuficiências.

Na notícia é referido ainda que, em breve, será pedido ao Presidente da República uma audiência onde vários bastonários da Ordem dos Médicos entregarão uma declaração conjunta para mostrar sua posição quanto à despenalização da eutanásia.

Notícia 17, 21 de maio de 2018

A presente entrevista fala sobre o ciclo de debates organizado pelo Conselho Nacional da Ordem dos Médicos intitulado “Decisões sobre o final da vida”, o qual contou com a participação de, aproximadamente, 50 médicos e foram ouvidos vários profissionais na área.

Nestes debates Jorge Espírito Santo, especialista em Medicina Interna e Oncologia, ter-se-á mostrado a favor da liberdade individual. Ana Sofia Carvalho, diretora do Instituto de Bioética da Universidade Católica Portuguesa e membro do CNECV, reconhece ser necessário falar de ética em torno do debate sobre a eutanásia e que a angústia sentida no fim de vida pode afetar a tomada de decisão.

Outra intervenção foi a de Gentil Martins, cirurgião, pertencente ao Instituto Português de Oncologia de Lisboa, que salientou a falta de esclarecimento à população e que não se deve

seguir os passos da Holanda nem da Bélgica, acrescentando que o princípio da vida é um conceito e o princípio da autonomia é outro.

"A população, em geral, não está esclarecida... Não podemos continuar a confundir o princípio da vida com o princípio da cidadania e da autonomia. Não são valores equivalentes e não podem ser comparados e postos ao mesmo nível."

Notícia 18, 22 de maio de 2018

Esta notícia relata que foi entregue, ao Presidente da República, uma declaração conjunta dos 6 últimos bastonários dos médicos, incluindo Miguel Guimarães, atual bastonário, na qual defendem o código deontológico e afirmam a sua posição contra a legalização da eutanásia. Acrescentam que o Presidente da República deve ter conhecimento da posição dos bastonários, como afirma Miguel Guimarães:

"Esta carta foi assinada pelos seis bastonários dos últimos anos da Ordem dos Médicos. Como bastonários temos obrigação de defender o código deontológico e, como tal, não somos a favor da despenalização da eutanásia (...) acrescentando, que o Presidente da República deve "conhecer a posição das pessoas que lideraram a Ordem dos Médicos nos últimos anos."

Miguel Guimarães afirma ainda que é necessário um maior debate, para que as pessoas tenham uma maior consciência e estejam informadas sobre a complexidade do assunto que se irá debater na Assembleia da República, pois há conceitos como a eutanásia e distanásia que não se sabe distinguir, para além de que é crucial que haja mais informação, debate e esclarecimento para que as pessoas possam comunicar a sua opinião aos partidos políticos.

"A maior parte das pessoas não estão informadas, ainda não se sabe distinguir eutanásia de distanásia. É necessária mais informação, mais debate, melhor esclarecimento, para que as pessoas formem uma opinião e a transmitam aos partidos políticos."

Por fim, refere que a legalização da eutanásia não leva à modificação do código deontológico dos médicos e que não existe a necessidade da realização de um referendo interno.

Notícia 19, 22 de maio de 2018

Esta peça jornalística reporta que António Leitão, médico de cuidados paliativos, fala sobre a declaração que a Bastonária da Ordem dos Enfermeiros fez em relação à prática ilegal que se praticava em todos os hospitais e afirma a sua posição contra.

“Como médico de cuidados paliativos num hospital público, estou convicto de que os pedidos de eutanásia são pedidos de ajuda para ter uma vida melhor até morrer.”

António Leitão afirma ainda que os pedidos para a eutanásia acontecem porque as pessoas querem ter uma vida melhor no seu final de vida e, como médico, defende que é esse o seu dever. Apesar da sua posição, aponta que a legalização da eutanásia pode ser legítima, na medida em que combata a eutanásia ilegítima, através da sedação paliativa, sem consentimento do próprio ou dos familiares, sendo este método frequentemente utilizado.

“Vejo-me na posição ambivalente de admitir a sua legitimidade se for acompanhada pela penalização da eutanásia clandestina que — concordo — frequentemente se realiza no nosso país... Se há dúvidas sobre o que acabo de dizer, basta inspecionar os processos clínicos das pessoas falecidas nos nossos hospitais. Verificar em quantos desses episódios se registou a concordância do próprio ou dos seus familiares para a realização da “sedação paliativa.”

Notícia 20, 24 de maio de 2018

Esta notícia reporta o facto de a Associação dos Médicos Católicos Portugueses, numa reunião com o bastonário da Ordem dos Médicos, ter transmitido preocupação por a

legalização da eutanásia colocar fragilidades nos doentes graves e incuráveis, que se sentem um fardo para a família e que se apresentem em condição de pobreza.

"Seguramente, muitos doentes, de modo particular os mais pobres e frágeis, sentir-se-iam socialmente pressionados a requerer a eutanásia, porque se sentem a mais ou um fardo para a família e para a sociedade. Há um enorme risco de se criar um efeito de desmoralização nestes doentes, levando-os a desistir de viver."

Outros aspetos que foram salientados passam pelo desincentivo no investimento em cuidados de saúde que a despenalização da eutanásia poderia trazer e o risco de se chegar ao fenómeno da “rampa deslizante”. Este fenómeno, reporta-se, acontece em estados onde já se legalizou a eutanásia e leva a que se abram exceções a vários casos, de uma doença terminal passa-se a doença crónica e à deficiência, tanto em adultos como em crianças. Por fim, afirma que a prática da eutanásia é inconciliável com a prática médica e revela a medo da legalização da mesma:

“A associação afirma recear também que, com a legalização da eutanásia, se “desincentive o investimento nos serviços de saúde para a assistência aos doentes graves e terminais” e se “assista ao fenómeno de rampa deslizante”. “A experiência dos Estados que legalizaram a eutanásia revela que não é possível restringir essa legalização a situações raras e excepcionais; o seu campo de aplicação passa gradualmente da doença terminal à doença crónica e à deficiência, da doença física incurável à doença psíquica dificilmente curável, da eutanásia consentida pela própria vítima à eutanásia consentida por familiares de recém-nascidos, crianças e adultos com deficiência ou com alterações profundas do estado de consciência”, referiu o presidente da associação e médico psiquiatra, Pedro Afonso.”

Notícia 21, 25 de maio de 2018

Nesta notícia, Jorge Soares, presidente do CNECV, lamenta que os partidos estejam a entregar individualmente os seus projetos lei, tendo já dado o seu parecer ao do PAN (chumbado) e de seguida será o do BE.

“Tudo seria mais simples se houvesse um projeto comum.”

No mesmo seguimento, Ana Sofia Carvalho, membro do CNECV e diretora do Instituto de Bioética da Universidade Católica, refere o facto de o Conselho não ter tempo de se pronunciar sobre as propostas antes da discussão na Assembleia, uma vez que as propostas do PS e do PEV foram entregues recentemente.

“Avançar com um projeto de lei sobre a eutanásia sem o parecer do conselho nacional, ao qual compete pronunciar-se sobre legislação com implicações éticas, é algo inédito e moralmente irregular.”

Notícia 22, 29 de maio de 2018

Este é um texto de opinião de Miguel Guimarães que, como bastonário da Ordem dos Médicos e médico, mostra-se a favor da vida, no exercício das suas funções com a aplicação do código deontológico.

“Como bastonário da Ordem dos Médicos, estou do lado da vida. Defendo-a todos os dias, no exercício das minhas funções, na aplicação do código deontológico, mas também, como médico.”

Notícia 23, 29 de maio de 2018

Este é um texto de opinião de Maria do Céu Machado, médica e professora de medicina, e de Mariana França Gouveia, conselheira do CNECV e Professora de Direito. Ambas defendem que deve existir um debate mais alargado e criticam o facto de as posições extremistas do sim e do não sejam mais importantes do que uma reflexão e questionam quantos dos que têm contribuindo com a sua opinião conhecem os vários projetos lei propostos e que existem termos que usam de forma indistinta.

“A dicotomia – quem não é a favor, é contra – é mais sugestiva de posições extremadas... Quantos de todos os que têm opinado nos media conhecem as quatro propostas de lei dos partidos PAN, BE, PEV e PS... Quantos sabem que são usadas indistintamente terminologias que não são sinónimos como eutanásia, suicídio assistido ou outras? Que se confunde eutanásia com distanásia e futilidade terapêutica?... Ao cidadão português é devido uma discussão mais abrangente de modo a que as posições sejam refletidas e amadurecidas.”

As autoras remetem para os países onde já é permitido a morte assistida, Holanda e Bélgica, e lembra que em países como França, Espanha e Reino Unido, um debate alargado levou a que a eutanásia não fosse permitida.

“Apenas a Holanda e a Bélgica despenalizaram a morte assistida. Já em países como a França, a Espanha, o Reino Unido e a Alemanha, o debate sobre a eutanásia valorizou a prudência e evitou legislação apressada indutora de clivagens indesejadas...”

Notícia 24, 29 de maio de 2018

Nesta notícia reporta-se que a Federação Portuguesa pela Vida organizou uma manifestação no dia em que os projetos-lei foram a votação no Parlamento.

A manifestação contou com a presença de vários populares que deram o seu testemunho como cuidadores informais, mas também de profissionais da área médica. Luís Marques da Costa, médico no Hospital de Santa Maria, acredita que a morte já está programada na nossa natureza e que é necessário cuidar de todas as pessoas. Acrescenta que a legalização da eutanásia pode levar pessoas mais frágeis a fazer o pedido.

“Acesso aos cuidados de saúde – e os mais pobres estarão na primeira fila – sentir-se-ão quase no dever de pedir para morrer...”

Já Mariana Barata Lopes, enfermeira nos cuidados paliativos, defende que os cuidados diferenciados existem para cuidar daqueles que se encontram doentes, lembrando que não se pode discutir esta problemática onde não se investe no SNS.

“Não se deve discutir a eutanásia num país onde ainda não há resposta no Serviço Nacional de Saúde.”

Pedro Vaz Pato, presidente da Comissão Nacional de Justiça e Paz, defende, por sua vez, que o Estado, ao permitir a legalização da eutanásia, estaria a tirar dignidade à vida e que esta deixaria de estar protegida e que o sofrimento não tiraria a dignidade da pessoa.

“O Estado que está a praticar a eutanásia está a dizer que a vida perde dignidade e que há situações em que a vida deixa de ser protegida.”

Notícia 25, 29 de maio de 2018

Nesta notícia reporta-se que o Conselho Nacional de Ética e Deontologia Médica afirma que, nem o suicídio assistido, nem a eutanásia, são conciliáveis com a prática médica, referindo ainda que os partidos, nos seus projetos lei, apresentam terminologias que não são claros. Deste modo, o Conselho classifica o procedimento como “morte a pedido do doente,

executada por injeção letal (eutanásia ativa voluntária) ou por fornecimento de uma substância mortal para administração oral (suicídio ajudado ou assistido)”.

“O Conselho Nacional de Ética e Deontologia Médicas (CNEDM) da Ordem dos Médicos defende que a eutanásia e o suicídio assistido “não poderão ter lugar na prática médica”. Num parecer não vinculativo, o CNEDM argumenta que “a eutanásia e o suicídio assistido não são práticas de assistência médica e situam-se fora dos princípios da medicina.”

Segundo este órgão, os projectos de lei de eutanásia e do suicídio assistido que estão em debate no Parlamento usam “uma terminologia que não é explícita” – “morte medicamente assistida”, “morte assistida” e “morte antecipada”. Na sua interpretação trata-se de “morte a pedido do doente, executada por injeção letal (eutanásia activa voluntária), ou por fornecimento de uma substância mortal para administração oral (suicídio ajudado ou assistido)”. E estes actos são proibidos pelo Código Penal, referem. “Tradicionalmente, morte assistida significa morrer assistido por profissionais de saúde e acompanhado de familiares e/ou pessoas significativas”.

De seguida, o Conselho refere que estes procedimentos são proibidos pelo Código Penal e, como tal, o conceito utilizado deveria ser “despenalização de homicídio a pedido da vítima”.

Nesta notícia, aquele órgão faz ainda alusão às fragilidades dos mais desfavorecidos e com pouco suporte social, que podem levar ao pedido da eutanásia. De seguida, remete-nos para a questão da liberdade individual e do princípio da autonomia em que se baseiam os argumentos favoráveis à eutanásia, uma vez que o princípio de autonomia deixa de existir pois é o médico que dá a última palavra.

“Atente-se na condição de idosos muito doentes que poderiam ser levados a requerer pôr termo à vida, de modo a deixarem de ser um ‘peso’ para a família e para a sociedade (...) A dignidade é algo intrínseco ao ser humano que pode ser ameaçada, não respeitada, mas que nunca se perde. Por outro lado, ao ser necessária a intervenção de um médico para aceitar o pedido de matar ou proporcionar ao doente

os meios para tal (consoante se trate de eutanásia ou de suicídio assistido), o problema da autonomia é transposto para o médico, que acolhe o pedido e decide, ou não, executá-lo.”

b) No jornal Observador

Quanto à recolha efetuada no jornal *Observador* irá proceder-se à análise de 14 notícias.

Notícia 1, 22 de fevereiro de 2017

A presente notícia faz referência a Miguel Guimarães, bastonário da Ordem dos Médicos, que, numa entrevista ao Diário de Notícias, partilha que os médicos não se disponibilizam para administrar a eutanásia e que muitos serão objetores de consciência e quantos aos doentes acha que serão poucos que irão optar por esta via. Deste modo, Miguel Guimarães refere que irá promover, interna e externamente, debates informativos e educativos onde se abordará vários conceitos relacionados com o tema.

“Não sei se os médicos estão assim tão divididos. De qualquer forma, penso que, caso a eutanásia venha a ser despenalizada, a maioria dos médicos serão objetores de consciência. E estou convencido que serão raros os doentes que irão optar pela eutanásia (...) Intensificar interna e externamente a promoção de debates e a abordagem informativa e educativa sobre todas as questões relacionadas com cuidados paliativos, distanásia, eutanásia, suicídio assistido e testamento vital.”

Na mesma linha de ideias, Miguel Guimarães refere que este é o tema mais desafiante que enfrentará no seu mandato, uma vez que é contra e este é um tema que não deve ser discutido na Assembleia da República sem a existência de um amplo debate onde se inclua informação pormenorizada e a realização de um referendo. Caso os cidadãos portugueses legalizem a

eutanásia, o bastonário salienta que os médicos irão ter de enfrentar questões éticas, nomeadamente, o juramento de Hipócrates.

Acrescenta, ainda, na hipótese de a despenalização da eutanásia for autorizada, que esta não deve acontecer nos hospitais pois há muitas outras situações a conjugar naquele panorama e que a ideia seria que a aplicação fosse no domicílio da pessoa.

“No hospital é complicado estarem lado a lado situações diferentes: uma tratar os doentes, outra decidir quando se deve parar o tratamento para não praticar distanásia e, a juntar a estas duas, ainda a eutanásia. O ideal, a acontecer, seria no domicílio da pessoa.”

Notícia 2, 18 de abril de 2017

Nesta notícia há referência que, numa conferência de líderes parlamentares, Pedro Filipe Soares, do BE, pronuncia-se sobre o ciclo de debates que o CNECV está a preparar, dizendo que não se deixará influenciar por outras organizações. No mesmo seguimento, também Pedro Delgado Alves (PS) considerou que estes debates levariam ao condicionamento da Assembleia da República. Ambos os deputados acrescentam que o debate parece que ultrapassa as competências do Conselho, uma vez que este tem como função emitir parecer técnicos e realizar estudos e não escutar a sociedade.

“Parece ultrapassar a fronteira das competências do CNECV, imiscuindo-se nas competências dos órgãos de soberania (...) é, essencialmente, um órgão consultivo, que deve emitir pareceres técnicos e elaborar estudos, não estando na sua missão auscultar a sociedade civil, ainda que lhe possa dar a conhecer a sua atividade.”

Notícia 3, 12 de março de 2018

Nesta notícia é referido que a Ordem dos Enfermeiros emitiu o seu parecer ao projeto-lei do BE, tendo o mesmo sido negativo, uma vez a proposta não apresenta “maturidade” para ser considerado como tal. Outro aspeto que aponta e que justifica o seu parecer negativo é o

facto de o projeto não englobar outros profissionais de saúde, como os enfermeiros, pois, assim, a decisão fica nas mãos de um médico assistente, sem qualquer relação com o doente.

“É obrigação do enfermeiro exercer a sua profissão com respeito pela vida, pela dignidade humana e pela saúde e bem-estar da população.”

A bastonária Ana Rita Cavaco, numa audição no Parlamento, mostrou-se favorável ao projeto de defesa dos doentes em fim de vida proposto pelo CDS-PP.

Notícia 4, 28 de março de 2018

Nesta notícia é reportado que foi realizado uma petição a favor da despenalização da eutanásia, com a participação de 26 profissionais de saúde, 18 médicos e 8 enfermeiros. Nessa petição é defendida que cada individuo pode escolher como quer o seu final de vida segundo os seus valores e padrões e que sejam criadas condições aos profissionais para respeitarem a vontade dos seus pacientes.

“Associamo-nos ao movimento em curso na sociedade portuguesa que defende a despenalização da morte assistida e apelamos à aprovação de uma lei que defina com rigor as condições em que ela possa vir a verificar-se sem penalização dos profissionais...e, ao mesmo tempo, atribua aos profissionais de saúde novas condições para melhor respeitarem a vontade dos seus doentes.”

Estes profissionais reconhecem que, perante a angústia dos doentes, já não mantêm ou iniciam tratamentos inúteis. Contudo, não deixam de parte a importância dos cuidados paliativos, mas há casos que têm limites.

Notícia 5, 18 de maio de 2018

Indo ao encontro da notícia 1, Miguel Guimarães refere que não realizará um referendo interno e que a legalização da eutanásia não obrigará a mudar o código deontológico. Considera que a eutanásia, neste momento, não é um assunto prioritário e que o Governo deveria preocupar-se com outras questões, como por exemplo, as desigualdades na saúde.

Notícia 6, 22 de maio de 2018

Nesta notícia é relatado que será enviada, ao Presidente da República, uma declaração conjunta, escrita por 6 bastonários da Ordem dos Médicos (ex-bastonários e atual) onde mostram a sua posição contra a legalização da eutanásia.

Notícia 7, 23 de maio de 2018

Nesta notícia, Germano de Sousa, ex-Bastonário da Ordem dos Médicos, diz esperar do Presidente da República que reconheça o problema de constitucionalidade dos projetos de lei do PAN, PEV, BE e PS, uma vez que a constituição é bastante clara quanto à inviolabilidade da vida humana.

“Espero que o sr. Presidente da República julgue em consciência.”

Notícia 8, 25 de maio de 2018

Nesta peça jornalística é reportado que Isabel Galriça Neto, médica e deputada do CDS, pretende alertar para os casos que se têm verificado na Holanda. Faz alusão a Theo Boer, professor de ética na Holanda, que em tempos havia sido a favor da eutanásia, que esteve em Portugal para uma conferência a convite da Universidade Católica. Este professor analisou 4000 arquivos de pedidos de eutanásia realizados entre 2005 e 2014, tendo verificado que, a partir de 2010, se começou a abrirem exceções, tendo havido um caso que

o tocou particularmente, o de uma senhora de 60 anos que, por ficar cega, pediu a eutanásia e foi aceite o pedido. Atualmente, e depois de ter abandonado o comité, é contra a eutanásia.

“Abandonou os comités e é hoje uma voz crítica do movimento pró-eutanásia, denunciando a realidade da chamada “rampa deslizante” – casos aprovados muito para além das supostas indicações da lei – e alertando para os dramáticos riscos que a aprovação de leis deste tipo poderá ter noutros países.”

Com este discurso, Isabel Galriça Neto pretende mostrar que as regras iniciais para aplicação da eutanásia podem mudar –por exemplo na Holanda, o que aconteceu foi que as possibilidades de aplicação foram alargadas a pessoas com demência e doença mental e hoje os números revelam que se pratica 20 casos de eutanásia por dia e que a criação de uma lei é uma porta aberta para uma sociedade mais permissiva.

“Em 2017 ultrapassaram os 6500 casos reportados e há cerca de 20% de casos a mais não reportados, ou seja, há subnotificação –, nomeadamente em situações de demência, de doença mental e não necessariamente em doentes terminais (...) Sublinhou, aliás, que o simples facto de criar uma lei é um sinal e uma porta aberta para criar uma cultura permissiva a este respeito na sociedade”

A notícia refere ainda que Theor Boer, pela análise que já fez dos projetos-lei apresentados pelos partidos, concluiu que os mesmos não garantem que o paciente tenha de ter uma doença terminal, havendo uma desvalorização da relação entre o doente e o médico e englobam o sofrimento existencial para pedir a eutanásia.

Por fim, Isabel Galriça Neto reforça que a realidade vivida na Holanda não pode ser ignorada e mostra os problemas que advêm da legalização da eutanásia.

“Os factos e a realidade da Holanda estão à vista de quem os quiser ver, não podem ser ocultados nem ignorados, e suportam claramente a inconveniência de fazer uma lei que permita a eutanásia, ainda mais uma lei na linha das propostas apresentadas no nosso país.”

Notícia 9, 27 de maio de 2018

Trata-se de um texto de opinião de Fernando Leal da Costa, médico oncologista e ex-Ministro (2015) e Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde (2011-2015), no qual refere que praticar a eutanásia nunca pode ser um ato médico e que esta se qualifica como homicídio premeditado e justificado. Para o ex-governante, o Parlamento tratou este assunto de forma leviana, ao passo que o tema se tornou moda, contraditório ao facto de vivermos numa época em que ciência médica está tão evoluída, sendo capaz de prolongar a vida, aliviar sofrimento e confortar antes da morte.

“Legalizar a eutanásia não é um imperativo. Mas pode ter-se tornado numa moda (...) percebemos que todos queiram falar do assunto, embora paradoxalmente, logo quando a ciência médica nunca antes tinha sido tão capaz de prolongar a vida e aliviar o sofrimento ou confortar tanto antes da morte. Em qualquer caso, não é matéria que possa ser tão superficialmente tratado como o nosso Parlamento, antecipando uma distopia, quer fazer.”

Fernando Leal da Costa faz ainda alusão a vários conceitos, referindo que eutanásia é matar, mas suicídio assistido já não é eutanásia, mas sim um ato que a própria pessoa executa (com ajuda de outra). Por sua vez, considera que a eutanásia passiva, que muitos autores decidiram chamar assim ao ato de suspender os tratamentos, poderá ser uma boa prática médica, na medida em que muitas vezes os tratamentos estão a ser inúteis e ineficazes. A distanásia, ato de prolongar a vida por meios artificiais, considera má prática médica também.

“Alguns autores decidiram chamar eutanásia “passiva” à supressão dos cuidados que possam prolongar a vida. A suspensão de tratamentos inúteis, por vezes indutores de sofrimento, é boa prática médica (...) Suspender medidas ineficazes ou sem utilidade para o bem-estar é o que deve ser feito. Coisa diferente é o abandono da assistência ou a recusa de prestar cuidados (...) Por oposição, a distanásia, termo pelo qual se designa a manutenção de intervenções que apenas prolongam a vida à custa de sofrimento, é má prática médica.”

O autor do texto faz ainda referencia ao facto de os deputados terem liberdade de voto, uma vez que temos um sistema eleitoral que votamos em partidos com programas eleitorais.

“Num sistema eleitoral em que não votámos na consciência dos deputados, mas sim em partidos com programas e, supostamente, ideias e valores, não me parece curial que se possa falar em liberdade de voto para os deputados.”

Acredita ainda que haja circunstâncias que seja insuportável viver, referindo que já presenciou situações dessas como médico, mas diz ser difícil pronunciar-se sobre algo que nunca se vivenciou e que ultrapassa os limites, neste caso, da empatia, pois o ser humano está programado para viver.

“Pode haver circunstâncias em que a vida seja insuportável. Acredito que sim. Já as vi. Felizmente, nunca as vivi, e isso é uma das maiores dificuldades em nos pronunciarmos sobre o que nunca passámos e desejamos nunca vir a passar. Não nos podemos colocar no lugar de quem quer morrer. Ultrapassa os limites da empatia. Estamos programados para sobreviver.”

Por fim, refere o facto de a eutanásia estar a ser discutida numa altura em que os cuidados oncológicos estejam fragilizados e precisem de atenção. Apela ainda aos deputados que investiguem mais antes de legislar, e pede para que não façam matar ninguém, uma vez que já teve diversas situações que não conseguiu ajudar a viver.

“Aos deputados, só me resta pedir que quando legislarem estudem mais. Não, não me peçam para matar ninguém. Já me chegam os que não consegui ajudar a viver. Basta-me o cemitério que carrego.”

Notícia 10, 28 de maio de 2018.

Nesta notícia, Bruno Maia, coordenador do *Movimento Cívico pelo Direito a Morrer com Dignidade*, faz referência aos múltiplos debates que têm ocorrido em todo o país, depois de há dois anos atrás o movimento cívico *Direito a Morrer com Dignidade* ter publicado o seu manifesto, o que levou à apresentação dos projetos-lei.

O médico critica o facto de haver algumas declarações que considera inaceitáveis, uma vez que os projetos lei propostos no seu conteúdo excluem inúmeras situações para a permissão da aplicação da eutanásia, como menores, pessoas idosas com demência e outras patologias que interfiram com a capacidade de decisão entre outras características.

“Mas o debate tem sido pontuado nas últimas semanas por artigos e declarações inaceitáveis, do ponto de vista da verdade e da seriedade.”

Outro aspeto que considera contestável é o facto de tentarem transparecer que a medicina cura e trata tudo, algo que não se verifica diariamente e que os profissionais podem comprovar, uma vez que vivem situações de doenças irreversíveis.

“Outro equívoco perigoso é a tentativa de passar a mensagem que a medicina cura e trata tudo. Não é verdade. Os profissionais de saúde conhecem bem a frustração, lidam com ela diariamente. Há doenças que não se curam e há dores que só se tratam colocando o doente inconsciente.”

Face a este contexto, espera dos deputados uma decisão que envolva a liberdade dos cidadãos, em que estes possam escolher quando querem morrer por forma a garantir a sua dignidade.

“Esperemos que pelo menos os deputados sejam capazes de perceber o fundamental da questão: não estão a decidir sobre como devem morrer os cidadãos, estão a decidir sobre a liberdade para podermos escolher o nosso fim de vida com dignidade, independentemente do que significa dignidade para cada um de nós.”

Notícia 11, 29 de maio de 2018

A presente notícia remete para a reação de Miguel Guimarães perante o resultado da votação para a despenalização da eutanásia. Este conclui, com o resultado, que a saúde foi o que prevaleceu e que os deputados reconheceram que é necessário investir nos cuidados de saúde e dar oportunidades às pessoas doentes.

“O grande vencedor desta votação é a saúde, claramente (...) as pessoas votaram mais na saúde, perceberam que é mais importante neste momento apostar na saúde dos cidadãos, dar acesso a cuidados de saúde aos cidadãos, dar hipótese aos doentes que têm doenças oncológicas, e que tiverem acesso em tempo útil aos cuidados, poderem ficar curados, do que propriamente estar a discutir um tema desta natureza fraturante.”

Admite existir uma grande divisão em relação ao tema refletindo, pela sua vez, a divisão da sociedade e que não se pode tomar uma decisão.

“Uma grande divisão...sobre esta matéria, que é um tema fraturante... divisão grande na sociedade.”

Aponta, por fim, para o facto de a população não ter participado mais neste debate e para a confusão de conceitos, como a eutanásia e distanásia que se verifica, sendo deste modo importante o esclarecimento e uma maior disponibilização de informação.

Notícia 12, 29 de maio de 2018

Nesta notícia, Isabel Galriça Neto, deputada do CDS-PP e médica, reforçou que a despenalização da eutanásia não confere autonomia ao doente, mas sim a terceiros para tomar a decisão de administrar ou não.

“Não é a autonomia das pessoas doentes que se reforça, é o poder de terceiros sobre a vida de outrem que aumenta, facto inegavelmente perigoso.”

A deputada acrescenta que a decisão que se quer tomar na Assembleia ser uma matéria perigosa e que, uma vez decidida, não há como voltar a trás. Afirma a sua posição contra a eutanásia, pois defende que é necessário um maior investimento nos cuidados paliativos e questiona porque não se olha para os exemplos de outros países onde já se utiliza esta prática e que não se deveria repetir o erro.

“Porquê ignorar a realidade dos poucos países em que a eutanásia está legalizada (...), onde são eutanasiadas pessoas com doença mental, pessoas em luto? (...) Porquê viabilizar leis que permitem milhares de eutanásias por ano? Porquê repetir o erro?”, questionou a deputada centrista...”

Notícia 13, 30 de maio de 2018

Nesta notícia, Miguel Guimarães, apesar de se mostrar satisfeito com o resultado da votação, lamenta o facto de ter havido pouca discussão, referindo até que se deu mais destaque a outros assuntos, como o futebol.

“Ontem, todas as televisões estavam a falar da eutanásia depois de ser votada, o que não aconteceu antes de ser votada. Tudo isto tem contornos que têm a ver também com a comunicação social, com a importância relativa que as pessoas dão aos assuntos.”

Aponta para o facto de o debate ter sido muito curto e a diferença de votos entre o sim e o não ter sido muito pequena.

Questionado sobre a realização de um referendo e pela alteração do código deontológico, Miguel Guimarães diz que as pessoas não estão suficientemente informadas e que, caso a

eutanásia tivesse sido legalizada, iria haver grandes alterações a nível jurídico e ético na medicina, não havendo, contudo, alterações no código deontológico. Refere, assim, que a regulação desta lei, se permitida, ia ser muito difícil de gerir.

“Se porventura a eutanásia fosse legalizada isto ia ter implicações fortíssimas naquilo que é o edifício jurídico e o edifício ético da própria medicina (...) Nunca seria alterado o código deontológico. A lei, em si, tinha de mudar. Toda a lei portuguesa proíbe que se mate (....) Digo é que é extraordinariamente difícil fazer a regulação, que quem quer este processo deve ser responsabilizado diretamente pela regulação das coisas, e depois isto não ficar um bocado à obra do acaso.”

Por fim, Miguel Guimarães refere que a legalização da eutanásia iria também gerar mais listas de espera pois seria mais um serviço do SNS, realçando que o preocupa o acesso aos cuidados saúde, devendo também ser da preocupação dos políticos. Indica, como solução, as pessoas terem mais apoio nas fases terminais

“Preocupa-me muito o acesso aos cuidados de saúde. Muito, mesmo. Acho que isto devia preocupar todos os portugueses, em especial quem tem poder político.”

Notícia 14, 2 de junho de 2018

Este é um texto de opinião de Fernando Leal da Costa, médico e ex-ministro e secretário de estado adjunto da saúde, que defende que os cuidados paliativos deveriam ter uma maior atenção. A reprovação do projetos-lei na Assembleia não encerra o debate, devendo ser um incentivo à discussão das políticas de saúde no final de vida.

Para o autor do texto, o tema em discussão ultrapassa a disputa entre esquerda e direita, conservadores e liberais, sendo que o que estava em questão não eram ideologias políticas, mas sim questões relacionadas com os e o conjunto de propostas legislativas que apresentavam diversas ruturas a vários níveis.

“O que estava em votação era, para lá do princípio da possibilidade de haver eutanásia praticada por médicos ou profissionais de saúde, um conjunto de propostas legislativas que tinham inúmeras insuficiências e até equívocos de natureza constitucional, interpretativa e formal.”

Para Fernando Leal da Costa, existem questões que têm de ser analisadas para além do código penal e da introdução da aplicação da eutanásia. Salienta que não basta legislar e perceber que deontologicamente os médicos não podem praticar eutanásia. Refere que é necessário que exista maior conhecimento para que não haja confusão de conceitos, bem como as experiências internacionais.

“Não há, por enquanto, um conhecimento geral e sempre claro sobre o que é eutanásia, suicídio assistido, morte assistida, eutanásia passiva, sedação paliativa e as várias designações que se usam para falar de abreviar o sofrimento no final da vida. Também não é evidente que a maioria dos portugueses conheça as experiências internacionais (...) Um dos erros mais persistentes numa larga fatia dos nossos políticos é julgarem que o eleitorado é todo igualmente culto, educado e informado.”

Acrescenta que aqueles que defendem os cuidados paliativos em alternativa a eutanásia não estão totalmente certos, uma vez que os cuidados paliativos não chegam a todos que precisam deles. Em países onde se legalizou a eutanásia, os cuidados paliativos e a eutanásia complementam-se, no sentido em que os cuidados devem ser sempre oferecidos antes de haver uma decisão sobre se a pessoa quer a eutanásia ou não.

“Ora, na discussão da eutanásia, houve quem tenha repetidamente afirmado que esta necessidade de conceder o direito de escolher morrer e desistir de ser tratado seria eliminada por uma generalização eficaz de cuidados paliativos. Nada de mais falso. Não haverá palição para que não haja eutanásia, nem haverá eutanásia por não haver cuidados paliativos, embora a vontade de morrer possa resultar de não haver palição. Em países com eutanásia legal não há contradição entre os cuidados

paliativos que devem ser sempre oferecidos antes de uma decisão de aceitar eutanásia, e a morte a pedido.”

Para o médico e ex-governante, os cuidados paliativos não são a única opção para doentes terminais e não deveria ser apenas para quem está em fim de vida. Comparando a nível internacional, referem existir instituições que defendem que os cuidados paliativos devem ser aplicados o mais cedo possível e não serem dirigidos apenas aos doentes em fim de vida, ideia que é também defendida pela Organização Mundial de Saúde.

Quanto aos projetos-lei, refere que estes eram “muito maus” para que fossem aprovados com bom senso e a nível da prática médica e da jurisprudência.

4.5. Discussão dos Resultados

Como foi possível observar pela análise realizada, os profissionais e organismos da área da saúde assumiram um papel bastante destacado no debate em torno dos projetos de lei de regulação da morte medicamente assistida apresentados em Portugal em 2017 e 2018. Esta relevância é demonstrada, desde logo, pelo facto de a Comissão de Assuntos Constitucionais, Direitos, Liberdades e Garantias, da Assembleia da República Portuguesa, ter solicitado pareceres em relação aos projetos de lei a cinco organismos da área da saúde: a Ordem dos Médicos; a Ordem dos Enfermeiros; a Ordem dos Psicólogos; o Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida; e, a Comissão de Saúde da Assembleia da República.

Além da relevância reconhecida pela própria Assembleia da República através dos pedidos de pareceres, diferentes organismos e individualidades da área da saúde, decidiram participar no debate em torno da morte medicamente assistida através da apresentação de tomadas de posição públicas, bem como do envolvimento em peças jornalísticas na imprensa escrita, nomeadamente concedendo entrevistas ou publicando colunas de opinião nesses órgãos de comunicação social. Em relação às tomadas de posição pública, importa destacar a posição conjunta de antigos e atual bastonários da Ordem dos Médicos, mas também as apresentadas pela Associação dos Médicos Católicos Portugueses (AMCP) e pela Associação Católica

dos Enfermeiros e Profissionais de Saúde (ACEPS). A importância destas tomadas de posição tornou-se evidente pela cobertura noticiosa que tiveram.

Em relação ao envolvimento de organismos e individualidades da área da saúde no debate através dos meios de comunicação social, a análise das peças jornalísticas revelou a sua importância, já que esta tipologia de atores está presente em 25 peças jornalísticas do jornal *Público* e 14 do jornal *Observador*, sendo de destacar o envolvimento dos seguintes atores: Sobrinho Simões (médico); Miguel Oliveira da Silva (ex-presidente do Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida); Jorge Soares (atual presidente do CNECV); Miguel Ricou (presidente da Comissão de Ética da Ordem dos Psicólogos, membro do Centro de Investigação em Tecnologias e Serviços de Saúde (CINTESIS) e professor na Faculdade de Medicina da Universidade do Porto); Ana Rita Cavaco (Bastonária da Ordem dos Enfermeiros); António Maria Gonçalves (médico de cuidados paliativos); António Maia Gonçalves (especialista em medicina interna e cuidados paliativos); Ana Sofia Carvalho (membro do Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida); António Leitão (médico de cuidados paliativos); Pedro Afonso (Associação dos Médicos Católicos Portugueses); Maria do Céu Machado (médica e professora de medicina); Mariana França Gouveia (conselheira do CNECV e Professora de Direito); Germano de Sousa (ex-bastonário da Ordem dos Médicos); Fernando Leal da Costa (ex-ministro da saúde e médico); Bruno Maia (médico e coordenador do Movimento Cívico pelo Direito a Morrer com Dignidade); e, Isabel Galriça Neto (médica e deputada do CDS).

Através da análise realizada às três fontes referidas (pareceres, tomadas de posição e peças jornalísticas), foi, assim, possível identificar um vasto conjunto de argumentos apresentados pelos organismos e individualidades da área da saúde, quer seja contra a permissão da morte medicamente assistida, quer seja a favor da mesma. No ponto que se segue, sumariam-se esses argumentos.

a) Argumentos contra a legalização da morte medicamente assistida

Os principais argumentos contra a legalização da eutanásia foram de diferente teor: a) críticas em relação aos perigos inerentes à legalização da eutanásia, nomeadamente o perigo

do sofrimento psicológico do doente poder influenciar a sua decisão de pedir eutanásia e o perigo da dita “rampa deslizante”, sobretudo considerando a insuficiência do sistema de cuidados paliativos em Portugal; *b*) críticas pela dissonância entre a prática de eutanásia e os deveres dos profissionais de saúde e a consequente detioração da relação médico-doente caso a eutanásia fosse aprovada; *c*) críticas em relação ao processo de eutanásia propriamente dito proposto nos projetos de lei, nomeadamente pelo facto de a decisão final pertencer ao médico/ comissão de decisão, o que acaba por comprometer o argumento de que se quer respeitar a autonomia do doente, bem como porque o método proposto seria demasiado burocrático e por não estarem representadas mais setores profissionais; *d*) críticas em relação à dissonância entre a legalização da eutanásia e a ordem jurídica, nomeadamente em relação ao direito à vida plasmado na Constituição da República Portuguesa e ao Código Penal; e, por fim, *e*) críticas de legitimidade da apresentação das propostas legislativas, nomeadamente quanto ao *timing*, por haver necessidade de maior debate e discussão e não ter havido tempo para emissão do parecer do CNECV em relação a alguns projetos de lei, e quanto à legitimidade dos partidos, por não terem colocado a eutanásia nos seus programas eleitorais.

Pedido de eutanásia poder surgir em situação de fragilidade do doente

Um dos argumentos apresentados contra a legalização da eutanásia diz respeito à possibilidade de o sofrimento psicológico pelo qual o doente poderá estar a passar poder influenciar a sua decisão, principalmente naqueles doentes que se encontrem em estado terminal, tal como salienta Miguel Oliveira da Silva (obstetra e ex-presidente do CNECV) numa notícia do Público.

“Há também muitos casos em que não só não existe sofrimento físico, mas sim sofrimento psíquico - e este é muito difícil de avaliar - e casos em que não há doença terminal (menos seis meses de vida). E as pessoas podem mudar de opinião.” (notícia 2 do Público, 8 de outubro de 2017)

A possibilidade de a angústia sentida no final de vida poder influenciar a decisão do doente é, de igual modo, referida por Ana Sofia Carvalho, membro do CNECV.

“Em contraponto, Ana Sofia Carvalho, (...) argumentou “faltar ética no debate em torno dos conflitos de fim de vida...autonomia em situação de grande angústia pelo fim de vida afeta a capacidade de tomar decisões.” (notícia 17 do Público, 21 de maio de 2018)

De igual modo, também a Associação dos Médicos Católicos Portugueses referiu que as fragilidades que doentes graves e incuráveis podem levar a que se sintam um fardo para a família, sobretudo em condições de pobreza, e que, por isso, façam um pedido de eutanásia.

“Seguramente, muitos doentes, de modo particular os mais pobres e frágeis, sentir-se-iam socialmente pressionados a requerer a eutanásia, porque se sentem a mais ou um fardo para a família e para a sociedade. Há um enorme risco de se criar um efeito de desmoralização nestes doentes, levando-os a desistir de viver.” (notícia 20 do Público, 24 de maio de 2018).

De igual modo, o Conselho Nacional de Ética e Deontologia Médica chama a atenção para as fragilidades de pessoas mais desfavorecidas e com uma pobre rede de suporte social poderem induzir o doente a fazer o pedido.

“Este conselho diz que é questionável a prioridade da sua aprovação, até porque as soluções que apresenta são “eticamente incorrectas” e “sem a devida ponderação do valor da vida em pessoas muito vulneráveis.” Exemplifica: Atente-se na condição de idosos muito doentes que poderiam ser levados a requerer pôr termo à vida, de modo a deixarem de ser um ‘peso’ para a família e para a sociedade. Há um enorme risco de se criar um efeito de desmoralização nestes doentes, levando-os a desistir de viver.” (notícia 25 do Público, 29 de maio de 2018)

Perigo da rampa deslizante

O argumento do perigo da rampa deslizante relaciona-se com o argumento anterior, referindo-se à possibilidade de, com o avançar do tempo, se abrirem cada vez mais exceções às condições de permissão da eutanásia – como por exemplo, colocar a possibilidade de aplicação a pessoas que estejam cansadas de viver. Como referido por Miguel Oliveira da Silva, este perigo tem-se concretizado na Bélgica e Holanda, onde existem abusos, pressões para que peçam a eutanásia e diagnósticos errados.

“O grande problema é que nos países onde a eutanásia existe, designadamente na Bélgica e na Holanda, lemos e estudamos e vemos que há abusos e há pressões sobre alguns doentes para que a peçam, há diagnósticos errados, há indicações cada vez mais alargadas - hoje já querem que seja possível também para as pessoas que se dizem cansadas de viver.” (Notícia 2 do Público, 8 de outubro de 2017)

Reforçando a ideia anterior, Jorge Soares, acrescenta outro aspeto a ter em consideração no caso da Holanda, em que o número de mortes por eutanásia aumentou depois da sua despenalização, vendo como justificativa o facto de a morte ter ficado banalizada. No caso da Bélgica aponta para o facto de a permissão da eutanásia se ter alargado a menores

“Esse é o argumento da “rampa deslizante” — quando se proporciona qualquer coisa às pessoas, isso passa a ser mais vulgarizado. (...) A outra questão é quem pode pedir. Na Bélgica já estamos no campo pediátrico...” (notícia 4 do Público, 5 de dezembro de 2017)

Este argumento é igualmente referido pelo médico, cirurgião, Gentil Martins, que diz que não se deve seguir o exemplo da Holanda e da Bélgica (notícia 17 do Público), bem como pela AMCP, que reforça que é necessária cautela, uma vez que depois de se permitir a eutanásia a situações de doença terminal, poderemos passe para doenças crónicas e deficiências, tanto em adultos como em crianças.

"A experiência dos Estados que legalizaram a eutanásia revela que não é possível restringir essa legalização a situações raras e excepcionais; o seu campo de aplicação passa gradualmente da doença terminal à doença crónica e à deficiência, da doença física incurável à doença psíquica dificilmente curável, da eutanásia consentida pela própria vítima à eutanásia consentida por familiares de recém-nascidos, crianças e adultos com deficiência ou com alterações profundas do estado de consciência", referiu o presidente da associação e médico psiquiatra, Pedro Afonso."(notícia 20 do Público, 24 de maio de 2018)

Grande necessidade de investir nos cuidados paliativos

Um dos principais argumentos utilizados contra a eutanásia centra-se no facto de o eventual perigo de “rampa deslizante” poder estar relacionado com o deficiente estado do sistema de cuidados paliativos em Portugal. A este propósito, a enfermeira, Mariana Barata Lopes, refere, em notícia no Público, a importância dos cuidados paliativo e lembra que os mesmos existem para prestarem cuidados diferenciados e que não se pode discutir a eutanásia sem que primeiro se invista nos problemas que existem no Serviço Nacional de Saúde.

No mesmo sentido, Jorge Soares refere que os cuidados paliativos existentes em Portugal são claramente insuficientes, já que chegam a um número muito limitado de pessoas.

“Jorge Soares defende sim que "é tempo de promover uma reflexão sobre a compaixão", para corrigir uma situação que, acredita, existe em Portugal e noutros países desenvolvidos: morre-se "mal, sem afecto e sem compaixão". Ressalva que os "cuidados paliativos chegam a um pequeno grupo dos que a eles querem aceder".”
(Notícia 3 do Público, 5 de novembro de 2018).

Esta ideia é igualmente expressa no parecer que o CNECV emitiu em relação ao projeto de lei do PAN, ao referir que existe a necessidade de se investir em cuidados paliativos.

“O conselho alertou ainda para as carências de cuidados paliativos em Portugal, sublinhando que o “Estado tem a obrigação de assegurar o acesso a cuidados em fase

terminal da vida a quem deles necessite e os queira receber, de um modo universal”. ”
(Notícia 9 do Público, 13 de março de 2018)

A necessidade de investimento nesta tipologia de cuidados é igualmente expressa por António Maia Gonçalves, especialista em medicina interna e cuidados paliativos, em entrevista concedida ao Público, ou mesmo por Miguel Guimarães, atual bastonário da Ordem dos Médicos.

“Não se poder argumentar, honestamente, com o sofrimento quando não estão criadas as condições para acabar com o sofrimento... os cuidados paliativos chegam a uma percentagem muito pequena, entre 15 e 17%, da população portuguesa.” (Notícia 15 do Público, 18 de maio de 2018)

Contradição face à missão dos médicos

Um outro argumento apresentado relaciona-se com o facto de a eutanásia ser considerada como uma prática contraditória em relação à missão dos médicos. Esta ideia é defendida, por exemplo, pela Associação dos Médicos Católicos Portugueses, que critica o projeto-lei do BE por incluir médicos na Comissão de Avaliação dos Processos da Antecipação da Morte, na medida em que considera que o médico não pode mudar a sua posição e participar na ajuda ao suicídio, pois isso vai contra a sua missão.

“Admitir que os médicos possam validar ou participar numa decisão que provoca a morte, com o objetivo de eliminar o sofrimento, é absolutamente inaceitável...O médico não pode mudar de posição, não pode fazer tudo para melhorar a vida do doente e, em simultâneo, agir, a pedido do doente, no sentido de lhe tirar a vida, ajudando ao suicídio.” (notícia 6 do Público, 5 de fevereiro de 2018)

No mesmo sentido, o Bastonário da Ordem dos Médicos defende que as funções dos médicos devem regular-se pela aplicação do código deontológico.

“Como bastonário da Ordem dos Médicos, estou do lado da vida. Defendo-a todos os dias, no exercício das minhas funções, na aplicação do código deontológico, mas também, como médico.” (notícia 22 do Público, 29 de maio de 2018)

No mesmo contexto, Duarte Soares, presidente da Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos, afirma que a prática da eutanásia não pode ser uma alternativa às más práticas médicas.

“A legalização da eutanásia / suicídio assistido não deve ser utilizado como solução contra as práticas médicas e assistenciais inadequadas, artificiais e erradas no fim de vida.” (notícia 7 do Público, 7 de fevereiro de 2018)

Esta ideia é ainda referida pelo Conselho Nacional de Ética e Deontologia Médica, que referem que os princípios da medicina são inconciliáveis com as práticas de eutanásia e suicídio assistido.

“O Conselho Nacional de Ética e Deontologia Médicas (CNEDM) da Ordem dos Médicos defende que a eutanásia e o suicídio assistido “não poderão ter lugar na prática médica”. Num parecer não vinculativo, o CNEDM argumenta que “a eutanásia e o suicídio assistido não são práticas de assistência médica e situam-se fora dos princípios da medicina”. ” (Notícia 25 do Público, 29 de maio de 2018)

Esta ideia é igualmente expressa pelo “Movimento STOP Eutanásia,” que, na sua petição dirigida à Comissão de Assuntos Constitucionais, Direitos, Liberdades e Garantias, refere que despenalizar a eutanásia é uma violação à ética médica e que a relação de confiança entre o paciente o médico ficaria fragilizada, na medida em que o seu dever será garantir os cuidados necessários para se cuidar dos doente e idosos.

“No documento defendem que a eutanásia representa “uma violação grave da ética médica, sendo repetidamente condenada pela Associação Médica Mundial”, bem

como uma quebra “da relação de confiança entre médico e doente”. (...) Numa página, os profissionais sublinham que “a prática médica do dia-a-dia” lhes ensina “que o desejo mais profundo de cada pessoa é viver” e que o dever dos médicos “é garantir todas as terapias disponíveis e proporcionadas, com respeito pela autonomia e vontade do doente, evitando-se obstinações terapêuticas que prolonguem artificialmente a sua vida”.” (Notícia 8 do Público, 8 de fevereiro de 2018)

A autonomia dos profissionais de saúde em relação ao pedido do doente.

Para além dos argumentos contra a prática da eutanásia propriamente dita, foram igualmente apresentadas críticas aos projetos de lei propriamente ditos. Uma dessas críticas refere-se ao facto de a alegada autonomia que os projetos de lei apresentados pretendiam dar ao doente acabar por ser atribuída ao profissional de saúde, uma vez que a decisão final fica a cargo do médico. Este argumento é utilizado, por exemplo, no parecer dirigido ao projeto-lei do PAN, pelo CNECV, que refere que o facto de a decisão final ficar nas mãos do médico, compromete a autonomia do doente quanto ao seu pedido

“A maioria dos conselheiros do CNECV questionou ainda o facto de o projecto de lei atribuir “ao médico a decisão final sobre o pedido de morte” e, com isso, ficar “claramente comprometido” o “princípio do respeito pela autonomia da pessoa que faz o pedido”.” (Notícia 9 do Público, 13 de março de 2018)

De igual modo, este argumento é também apresentado pelo Conselho Nacional de Ética e Deontologia Médicas da Ordem dos Médicos, que defende que ao atribuir ao médico a última decisão, os princípios de autonomia e dignidade do doente deixam de existir.

“Por outro lado, ao ser necessária a intervenção de um médico para aceitar o pedido de matar ou proporcionar ao doente os meios para tal (consoante se trate de eutanásia ou de suicídio assistido), o problema da autonomia é transposto para o médico, que acolhe o pedido e decide, ou não, executá-lo.” (Notícia 25 do Público, 29 de maio de 2018).

Numa esfera ligeiramente diferente, foi igualmente apresentado o argumento de que a autonomia do doente para pedir a eutanásia poderia colidir com a autonomia do profissional de saúde, que poderia não concordar com a prática, tal como refere Jorge Soares, presidente do CNECV.

“A questão da autonomia é mais complexa: a minha autonomia de pedir está sempre limitada pela autonomia de quem acede ao meu pedido. A autonomia é relativa. Se eu pedir ‘quero morrer’ o outro pode responder ‘isso não faço’”. (Notícia 4 do Público, 5 de dezembro de 2017)

A não participação de outros profissionais, como Enfermeiros e Psicólogos, no processo de avaliação do pedido para a eutanásia.

Nos pareceres emitidos em reação aos projetos-lei do PAN, do BE e do PS, , a Ordem dos Enfermeiros critica o facto de não se incluir, também, em todo o processo, profissionais de enfermagem e não apenas o médico.

Uma posição semelhante é tomada pela Ordem dos Psicólogos que, no seu parecer conjunto em reação aos projetos de lei do BE, PEV e PS, faz referência à importância de o pedido de eutanásia ser acompanhado um profissional de psicologia.

Método proposto pelos projetos de lei demasiado burocrático

Uma última crítica relacionada com as propostas incluídas nos projetos de lei refere que o processo de pedido de eutanásia desde o pedido até à autorização, seria demasiado burocrático, o que seria bastante penoso para o doente, de acordo com Jorge Soares, presidente do CNECV.

“Os relatórios parcelares que vão administrar o processo tornam este processo longo e muito castigador para o próprio doente...” (notícia 4 do Público, 5 de dezembro de 2017)

O desrespeito pelo Direito à vida consagrado na Constituição da República Portuguesa

Para além da crítica pelo respeito pelo Código Penal, uma outra crítica à aprovação da legalização da eutanásia é a sua contradição face ao artigo 24º da Constituição da República Portuguesa que, no seu ponto 1, refere que a vida humana é inviolável. Essa crítica encontra-se presente, por exemplo, no documento elaborado pelos 6 bastonários da Ordem dos Médicos. A este propósito, Germano de Sousa, ex-Bastonário da Ordem dos Médicos, aponta para falta de constitucionalidade dos quatro projetos de lei apresentados, uma vez que os mesmos não respeitam o artigo 24º, ponto nº1., numa notícia do Observador.

“Em declarações à agência Lusa, Germano de Sousa afirmou que tem “uma consideração muito grande pela sua capacidade intelectual e ética” e espera que o Presidente tenha em consideração o “problema de ordem constitucional” dos projetos do PAN, BE, PS e PEV. É preciso ter em conta, afirmou, “se esta lei é ou não constitucional, dado que a Constituição é clara quanto à inviolabilidade da vida humana”.” (Notícia 7 do Observador, 23 de maio de 2018.

De igual modo, também o CNECV, no parecer dado ao projeto-lei do PAN, realça o mesmo artigo da Constituição.

“O CNECV acha questionável “o direito de alguém ser atendido quanto ao seu pedido para ser morto, de uma forma activa, independentemente de quem pratica o ato de matar – o próprio ou terceiro” e alerta para as dúvidas constitucionais deste novo direito face ao “princípio da inviolabilidade da vida humana.”” (Notícia 9 do Público, 13 de março de 2018).

Procedimento proibido pelo Código Penal.

Sendo a eutanásia proibida pelo Código Penal, o Conselho Nacional de Ética e Deontologia Médica relembra que, caso fosse permitida, se deveria designar por “despenalização de homicídio a pedido da vítima”.

“Segundo este órgão, os projectos de lei de eutanásia e do suicídio assistido que estão em debate no Parlamento usam “uma terminologia que não é explícita” – “morte medicamente assistida”, “morte assistida” e “morte antecipada”. Na sua interpretação trata-se de “morte a pedido do doente, executada por injeção letal (eutanásia activa voluntária), ou por fornecimento de uma substância mortal para administração oral (suicídio ajudado ou assistido)”. E estes actos são proibidos pelo Código Penal, referem. “Tradicionalmente, morte assistida significa morrer assistido por profissionais de saúde e acompanhado de familiares e/ou pessoas significativas.”” (Notícia 25 do Público, 29 de maio de 2018)

Necessidade de maior debate e discussão e clarificação de conceitos

Um outro argumento contra a legalização da eutanásia na atualidade diz respeito à necessidade de ainda haver maior discussão sobre a temática, o que explica alguma confusão de conceitos ainda existente no debate. O presidente do CNECV salienta, nas suas declarações, que é necessário haver um debate mais alargado para que chegue a toda a sociedade.

“Jorge Soares reconhece que a “discussão, sendo relevante e socialmente útil, não chegou ainda a todos”. Diz o responsável do CNECV que são confundidos muitos

conceitos (como por exemplo, a diferença entre a eutanásia e o suicídio assistido) e que os portugueses ainda não conhecem os seus direitos de fim de vida, como a declaração antecipada de vontade, ou não reconhecem práticas condenadas pelo conselho, como a obstinação terapêutica.” (Notícia 3 do Público, 5 de dezembro de 2018).

Relativamente à falta de informação e a confusão de conceitos que existe entre as pessoas, Ana Sofia Carvalho, membro do CNECV, alerta para o facto de existirem pessoas de não saberem distinguir conceitos como eutanásia e distanásia.

“Discussões sobre temas como este deveriam, de resto, pressupor “um debate a alargado que não existiu de todo”.

“Há uma desinformação total sobre esta matéria, utilizam-se termos que as pessoas não conseguem perceber como não conseguem perceber a diferença entre eutanásia e distanásia, entre matar e deixar morrer”, acrescenta a representante do CNECV.” (Notícia 14 do Público, 13 de maio de 2018)

Dada a complexidade do assunto, Miguel Guimarães defende que é necessário que as pessoas estejam mais consciencializadas através da realização de um maior debate e que estas possam passar a sua opinião aos partidos.

“A maior parte das pessoas não estão informadas, ainda não se sabe distinguir eutanásia de distanásia. É necessária mais informação, mais debate, melhor esclarecimento, para que as pessoas formem uma opinião e a transmitam aos partidos políticos.” (Notícia 18 do Público, 22 de maio de 2018)

A necessidade de promoção de maior debate é igualmente apresentada por Miguel Ricou, professor na Faculdade de Medicina do Porto e coordenador da plataforma europeia “Wish to Die”, que salienta a necessidade de se produzir mais investigação sobre o tema.

“Segundo o coordenador da Wish to Die, plataforma que reúne profissionais de saúde, como psicólogos e psiquiatras, mas também profissionais de outras áreas, existe muito conhecimento sobre o suicídio, mas muito pouco sobre a decisão em morrer no contexto que se define como de morte assistida. “Há tempos fiz uma análise sobre os estudos que existem sobre psicologia e eutanásia e, a nível mundial, encontrei 17 artigos. Isto é miserável, não existe investigação”, sublinhou, lamentando que a Psicologia esteja “completamente fora deste debate”. (...) Para o coordenador da plataforma, “não é possível discutir de forma séria a eutanásia sem primeiro investigar e dar resposta a um conjunto de questões centrais”, relacionadas com o processo de tomada de decisão, o tempo necessário para uma possível mudança de opinião, a relevância da motivação familiar e o papel dos cuidados paliativos. “Neste momento, o grande objectivo da plataforma é influenciar a discussão no sentido de todos podermos ganhar tempo para encontrar melhores soluções. Respeitar a autonomia das pessoas faz sentido porque nos ajuda a encontrar as melhores soluções que representem de facto o seu melhor interesse”, acrescentou.” (Notícia 13 do Público, 11 de maio de 2018)

Demasiada pressa para se legislar

Relacionado com a crítica de haver necessidade de maior debate e discussão, foi apresentada uma crítica da existência de demasiada pressa para legislar. A esse propósito, Ana Sofia Carvalho, lamenta o facto de os projetos-lei do BE, PS e PEV não terem sido entregues a tempo de serem analisados pelo CNECV de modo a emitir o seu parecer.

“Estou no conselho há vários anos e nunca vi tal desconsideração pelos pareceres deste órgão...avançar com um projeto de lei sobre a eutanásia sem o parecer do conselho nacional, ao qual compete pronunciar-se sobre legislação com implicações éticas, é algo inédito e moralmente irregular.” (Notícia 14 do Público, 13 de maio de 2018)

Esta crítica é igualmente apresentada pelo presidente do CNECV, Jorge Soares (Notícia 3 do Público), bem como por António Maia Gonçalves, médico nos cuidados paliativos (Notícia 11 do Público).

Os partidos não têm legitimidade eleitoral para legislar sobre a matéria.

Um outro argumentado contra a tentativa de legalização da eutanásia apresentada refere-se à falta de legitimidade dos partidos para legislarem sobre esta matéria, na medida em que apenas o PAN terá colocado a temática da eutanásia nos seus programas eleitorais para as eleições legislativas de 2015. Esta crítica é apresentada, por exemplo, pelo médico Miguel Oliveira da Silva.

“Porque não há soluções perfeitas. Se me pergunta o que é melhor, não sei. No Parlamento não tenho certeza nenhuma de que os 230 deputados saibam o que estão a votar. Pois nem sequer puseram isso - e o que está aqui em causa é acabar com a vida de uma pessoa - nos programas eleitorais!” (notícia 2 do Público, 8 de outubro de 2017).

b) Argumentos a favor da legalização da morte medicamente assistida

Os argumentos a favor da legalização da eutanásia apresentados estão relacionados com o respeito pela autonomia do doente e, por outro lado, pelo facto de ser uma forma de evitar algumas práticas médicas que insistem em tratamentos inúteis e ineficazes de prolongamento da vida.

Respeito pela autonomia e vontade do doente

O argumento de que a vontade do doente deve ser respeitada é defendida por Miguel Oliveira da Silva, independentemente de o mesmo querer ter acesso aos cuidados paliativos ou não.

“Por vezes, nos paliativos, há quem tente convencer os doentes que vão para Deus. Eu até acredito em Deus, mas não é isso que está em causa. O médico dos cuidados paliativos não deve tentar converter o doente antes de ele morrer.” (notícia 2 do Público, 8 de outubro de 2017)

Esta ideia foi igualmente defendida numa petição a favor da despenalização da eutanásia, com a participação de 26 profissionais de saúde, 18 médicos e 8 enfermeiros, que refere que cada pessoa deve poder escolher o seu final de vida conforme as suas convicções e que deveriam ser criadas condições aos profissionais para que se pudesse respeitar a vontade destes doentes.

“Associamo-nos ao movimento em curso na sociedade portuguesa que defende a despenalização da morte assistida e apelamos à aprovação de uma lei que defina com rigor as condições em que ela possa vir a verificar-se sem penalização dos profissionais...e, ao mesmo tempo, atribua aos profissionais de saúde novas condições para melhor respeitarem a vontade dos seus doentes.” (notícia 4 do Observador, 28 de março de 2018)

Por fim, esta ideia é ainda defendida por Bruno Maia, coordenador do Movimento Cívico pelo Direito a Morrer com Dignidade.

“Esperemos que pelo menos os deputados sejam capazes de perceber o fundamental da questão: não estão a decidir sobre como devem morrer os cidadãos, estão a decidir sobre a liberdade para podermos escolher o nosso fim de vida com dignidade, independentemente do que significa dignidade para cada um de nós.” (Notícia 10, 28 de maio de 2018)

Evitar tratamentos inúteis e ineficazes que por vezes causam ainda mais sofrimento.

Um outro argumento apresentado a favor da eutanásia é o facto de a legalização desta poder evitar práticas de perpetuamento de tratamentos considerados ineficazes. Esta ideia é defendida por Francisco George que, numa conferência realizada pelo BE, referiu ser frequente existirem abusos médicos, e que deverá ser respeitada a vontade do doente, no caso de não querer a sua vida prolongada de forma artificial.

“Porque no final da vida há abusos médicos muitas vezes, por pressão de administrações, sobretudo no sector privado, onde se mantém a vida artificial, que não é aceitável nem no plano moral, nem no plano da ética, nem no plano médico, nem no plano económico.” (Notícia 7 do Público, 7 de fevereiro de 2018)

Este argumento é igualmente utilizado por Fernando Leal da Costa, que, apesar de defender que a eutanásia não deveria ser um ato médico, refere existirem situações em que o suicídio assistido poderá ser uma boa prática, na medida em que evita a aplicação de tratamentos inúteis e ineficazes

“Alguns autores decidiram chamar eutanásia “passiva” à supressão dos cuidados que possam prolongar a vida. A suspensão de tratamentos inúteis, por vezes indutores de sofrimento, é boa prática médica. (...) Suspender medidas ineficazes ou sem utilidade para o bem-estar é o que deve ser feito. Coisa diferente é o abandono da assistência ou a recusa de prestar cuidados, matérias que os códigos deontológicos regulam e que podem ser legalmente punidas. Por oposição, a distanásia, termo pelo qual se designa a manutenção de intervenções que apenas prolongam a vida à custa de sofrimento, é má prática médica.” (Notícia 9 do Observador, 27 de maio de 2018)

No mesmo sentido, Bruno Maia refere que será importante reconhecer que a medicina não cura tudo e que há doenças que são irreversíveis.

“Outro equívoco perigoso é a tentativa de passar a mensagem que a medicina cura e trata tudo. Não é verdade. Os profissionais de saúde conhecem bem a frustração, lidam com ela diariamente. Há doenças que não se curam e há dores que só se tratam colocando o doente inconsciente”. (Notícia 10 do Observador, 28 de maio de 2019)

Definição clara dos contextos dos pedidos de eutanásia nos projetos de lei

Um último argumento apresentado a favor da eutanásia surge na sequência das críticas apresentadas aos projetos de lei referentes aos perigos da rampa deslizante. Na opinião de Bruno Maia, as situações em que a eutanásia seria permitida estava muito bem definida nos projetos de lei, havendo mecanismos de proteção contra eventuais desvios, nomeadamente a existência de comissões de acompanhamento do processo.

“Mas o debate tem sido pontuado nas últimas semanas por artigos e declarações inaceitáveis, do ponto de vista da verdade e da seriedade. Quem leu os projetos-lei sabe que estão excluídas situações que envolvam crianças, pessoas idosas com demência ou outras patologias que perturbem a sua capacidade de decidir livremente e doentes psiquiátricos. Sabe também que o processo vai requerer vontade reiterada pelo próprio em pelo menos 4 ou 5 situações e que estarão envolvidos sempre mais de 2 médicos. E sabe ainda que se criará uma comissão de acompanhamento do processo, responsável por autorizar a morte assistida. Os critérios são claros, tem que se sofrer de doença terminal ou incurável acompanhada de sofrimento não mitigável. Só por má fé ou descuido irresponsável é que alguns podem falar de doença crónica ou idade avançada.” (Notícia 10 do Observador, 28 de maio de 2018)

c) Análise ao teor dos argumentos apresentados

Perante a análise realizada, pode-se concluir que, tanto nos pareceres, como nas tomadas de posição públicas e nas peças jornalísticas, prevalecem, com maior peso, os argumentos contra a eutanásia – veja-se figura 5. A prevalência desta posição negativa, em conjugação com o relevo que os organismos e individualidades da área da saúde tiveram no debate, pode

ajudar a explicar, em parte, a reprovação dos projetos de lei, na Assembleia da República, a 29 de maio.

Figura 5. Quadro síntese relativo aos argumentos apresentados

A favor	Contra
Pedido de eutanásia poder surgir em situação de fragilidade do doente	Respeito pela autonomia e vontade do doente
Perigo da rampa deslizante	Evitar tratamentos inúteis e ineficazes que por vezes causam ainda mais sofrimento
Grande necessidade de investir nos cuidados paliativos	Definição clara dos contextos dos pedidos de eutanásia nos projetos de lei
Contradição face à missão dos médicos	
A autonomia dos profissionais de saúde em relação ao pedido do doente	
A não participação de outros profissionais, como Enfermeiros e Psicólogos, no processo de avaliação do pedido para a eutanásia	
Método proposto pelos projetos de lei demasiado burocrático	
O desrespeito pelo Direito à vida consagrado na Constituição da República Portuguesa	
Procedimento proibido pelo Código Penal	
Necessidade de maior debate e discussão e clarificação de conceitos	
Demasiada pressa para se legislar	
Os partidos não têm legitimidade eleitoral para legislar sobre a matéria	

Como foi possível observar, os organismos e individualidades da área da saúde não se cingiram à apresentação de argumentos relacionados diretamente com a área da saúde, apresentando igualmente argumentos de teor da ética profissional, legal e político.

Nos argumentos de ética profissional, os profissionais tendem a enfatizar, por um lado, a dissonância da prática da eutanásia com o código deontológico dos profissionais de saúde e, por outro lado, da importância das suas especialidades, o que demonstra uma certa posição corporativista, como refere (Pereira, 2008) .

Em relação à importância do cumprimento dos códigos deontológicos na prática profissional, diferentes atores referiram que, por serem médicos, devem cumprir o código deontológico e o respeito pela vida

Quanto à importância de se integrar outros profissionais na concretização da morte medicamente assistida, a Ordem dos Enfermeiros e a Ordem dos Psicólogos, enfatizaram a importância da participação dos profissionais destas áreas neste processo.

Outro aspeto que os atores, principalmente os que são contra, referem é a fragilidade dos cuidados paliativos e a necessidade de investimento nos mesmos, bem como as desigualdades de acesso aos cuidados de saúde.

Os argumentos políticos notam-se, principalmente, quando se alega que os partidos políticos não têm legitimidade para legislar, uma vez que a morte medicamente assistida não constou nos programas eleitorais de 2015 do PS, PEV e BE, e que o querem fazer com demasiada pressa.

Por fim, importa referir que as associações católicas tenderam a evitar argumentos religiosos, à exceção da ACEPS que referiu, de forma superficial, a importância dos valores religiosos.

“É indispensável a visão médica, de enfermagem, da psicologia: (...) mas também da filosofia moral; da antropologia e da religião, e do âmbito da espiritualidade (...) Adicionam a este enquadramento, a visão Cristã da Pessoa e da Vida, perante a qual o Homem recebe a Vida, como dádiva, devendo usá-la para buscar a Deus, nos Irmãos e pelos Irmãos. Isto é, chamado a uma Ontogénese, reproduz a Filogénese que o precede e lhe sucederá.”

Neste seguimento, verifica-se que a religião não foi muito evidente nos argumentos usados. Isto fundamenta-se pela crescente secularização da sociedade portuguesa, o que faz com que atores sociais se coibam de apresentar argumentos religiosos. Apesar dessa tendência de secularização, importa destacar que a igreja católica teve uma presença razoável no debate sobre a eutanásia nos meios de comunicação social, com presença em 21 peças jornalísticas. Esta situação vai, assim, ao encontro das conclusões de Resende & Henning (2015), que

referem que Portugal, apesar de ser um país crescentemente secularizado e relativamente permissivo em relação às políticas de moralidade para um país de matriz católica dominante, tem, desde 2013, uma hierarquia da igreja com uma posição intervencionista em relação às políticas de moralidade.

De toda esta análise é, assim, possível concluir que os profissionais de saúde e seus organismos representativos não se apresentaram no debate sobre a eutanásia em Portugal nos últimos meses como um grupo apolítico, na medida em que os argumentos de posicionamento face à temática não se cingem apenas à área da saúde, apresentando também argumentos de outros domínios.

Segue-se um quadro síntese, alusivo aos argumentos a favor e contra a eutanásia apresentados ao longo do ponto anterior.

5. Considerações Finais e Pistas de Investigação Futura

Nos últimos dois anos, a apresentação de quatro projetos de lei lançou o debate em torno da morte medicamente assistida em Portugal. Neste debate, participaram não apenas atores políticos, mas também diversos atores da sociedade civil, de entre os quais se destacam organismos e individualidades da área da saúde, a igreja e profissionais da área do Direito.

Nesta dissertação, procurou-se focar a análise do posicionamento dos organismos e dos profissionais da área da saúde face aos projetos de lei apresentados na Assembleia da República. A opção pelo enfoque nestes atores decorre da pertinência da análise de atores da sociedade civil em processos de debate legislativo, sobretudo de atores que habitualmente considerados “apolíticos”, uma vez que se regem habitualmente por princípios científicos e bioéticos, mas aos quais a temática é muito próxima.

Para cumprir esse propósito, analisaram-se os pareceres em relação aos projetos de lei emitidos por organismos do setor da saúde a pedido da Assembleia da República Portuguesa, bem como outras tomadas de posição públicas de organismos do setor, nomeadamente de bastonários da Ordem dos Médicos, da Associação dos Médicos Católicos Portugueses e da Associação Católica de Enfermeiros e Profissionais de Saúde. De igual modo, foram analisadas todas as notícias publicadas nas versões online de dois jornais portugueses generalistas – Público e Observador – no período entre fevereiro de 2017, quando ocorreu a apresentação do primeiro projeto de lei, e junho de 2018, para ainda ser possível recolher algumas reações ao chumbo dos quatro projetos de lei na Assembleia da República, que decorreu a 29 de maio de 2018.

O pedido de pareceres realizado a diferentes organismos da área da saúde, a decisão de determinadas associações em mostrarem a sua posição através de declarações públicas, ou o significativo peso de peças jornalísticas nos dois jornais portugueses sobre a eutanásia que referiam organismos ou profissionais do setor (15,6% do universo) evidenciaram uma forte participação destes profissionais no debate sobre a despenalização da morte medicamente assistida em Portugal.

Uma outra conclusão aponta para uma prevalência de argumentos contra a eutanásia por parte desta tipologia de atores, os quais não se cingiram, apenas, a argumentos médicos, mas

englobaram também argumentos profissionais, éticos e políticos, refutando a ideia de se caracterizarem como um grupo “apolítico”.

Uma conclusão final a destacar é o praticamente inexistente recurso a argumentos religiosos por parte destes atores, mesmo que duas associações de profissionais católicos tenham feito tomadas de posição públicas. Tal fenómeno poderá dever-se, não só à crescente tendência de secularização da sociedade portuguesa, mas também ao facto de a igreja católica portuguesa ter decidido tomar, ela própria, posições públicas muito evidentes, ao contrário do que havido feito aquando da discussão de outra política de moralidade de temáticas de vida ou morte, o aborto.

Por último, importa salientar a necessidade de produzir mais investigação no que diz respeito ao processo político inerente ao debate em torno das políticas de moralidade em Portugal, em geral, e da regulação da morte medicamente assistida em Portugal, em Portugal. Neste domínio em Portugal, será pertinente investigar-se, por exemplo, a participação de outros atores políticos ou sociais e a sua influência relativa no resultado da votação das iniciativas legislativas, bem como na forma como diferentes atores interagem entre si através da eventual criação de “coligações de interesses”.

6. Bibliografia

- Araújo, L., & Rodrigues, M. D. L. (2017). Modelos de análise das políticas públicas. *Sociologia, Problemas e Práticas*, 83, 11–35. <https://doi.org/10.7458/SPP2017839969>
- Asal, V., Sommer, U., & Harwood, P. G. (2013). Original Sin: A Cross-National Study of the Legality of Homosexual Acts. *Comparative Political Studies*, 46(3), 320–351. <https://doi.org/10.1177/0010414012453693>
- Budde, E. T., Knill, C., Fernández-i-Marín, X., & Preidel, C. (2017). A matter of timing: The religious factor and morality policies. *Governance*, 31(1), 45–46. <https://doi.org/10.1111/gove.12296>
- Capella, A. C. N., & Brasil, F. G. (2015). Análise de Políticas Públicas: Uma Revisão da Literatura. *Novos Estudos*, 101, 57–76. <https://doi.org/10.1590/S0101-33002015000100003>
- Cardim, M. E. (2006). Implementação de Políticas Públicas nas áreas da Formação, da Educação e da Segurança Social: Do Discurso às Práticas. Tese apresentada ao ISCSP-ULisboa com vista à obtenção do grau de Doutor. Retrieved from <https://bibliotecas.utl.pt/cgi-bin/koha/opac-detail.pl?biblionumber=353981>
- Cohen, J., Van Landeghem, P., Carpentier, N., & Deliens, L. (2013). Public acceptance of euthanasia in Europe: A survey study in 47 countries. *International Journal of Public Health*, 59(1), 143–156. <https://doi.org/10.1007/s00038-013-0461-6>
- Easton, D. (1968). A Framework for Political Analysis. *Political Science Quarterly*, 83(4), 632–634. <https://doi.org/10.2307/2146832>
- Engeli, I., Green-Pedersen, C., & Larsen, L. T. (2012). *Morality policies in Western Europe: parties, agendas and policy choices*. New York: Palgrave Macmillan. <https://doi.org/10.1057/9781137016690>
- Engeli, I., Green-Pedersen, C., & Larsen, L. T. (2013). The puzzle of permissiveness: Understanding policy processes concerning morality issues. *Journal of European Public Policy*, 20(335–352). <https://doi.org/10.1080/13501763.2013.761500>

- Ferreira, M. F. C. da M. (2017). Emergência e agendamento político das questões de fim de vida em Portugal: uma análise comparativa. Dissertação apresentada ao ISCTE-IUL com vista à obtenção do grau de Mestre. Retrieved from [www:%3Chttp://hdl.handle.net/10071/15615%3E](http://hdl.handle.net/10071/15615)
- Heclo, H. (1978). Issue Networks and the Executive Establishment. In A. King (Ed.), *The new American political system*. Washington, DC: American Enterprise Institute for Public Policy Research,.
- Heichel, S., Knill, C., & Schmitt, S. (2013). Public policy meets morality: Conceptual and theoretical challenges in the analysis of morality policy change. *Journal of European Public Policy*, 20(3), 318–334. <https://doi.org/10.1080/13501763.2013.761497>
- Howlett, M., Ramesh, M., & Perl, A. (2009). *Studying Public Policy: Policy Cycles and Policy Subsystems*. Policy (Vol. 2nd). Oxford: Oxford University Press. <https://doi.org/10.1017/S0008423900007423>
- Joppke, C. (2015). *The secular state under siege: Religion and politics in Europe and America* (1st ed.). Cambridge: Polity.
- Knill, C. (2013). The study of morality policy: Analytical implications from a public policy perspective. *Journal of European Public Policy*, 20(3), 309–317. <https://doi.org/10.1080/13501763.2013.761494>
- Knill, C., & Preidel, C. (2015a). Euthanasia different moves towards punitive permissiveness. In C. Knill, C. Adam, & Steffen Hurka (Eds.), *On The Road to Permissiveness?: Change and Convergence of Moral Regulation in Europe* (pp. 79–101). Oxford: Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780198743989.003.0006>
- Knill, C., & Preidel, C. (2015b). Institutional opportunity structures and the Catholic Church: explaining variation in the regulation of same-sex partnerships in Ireland and Italy. *Journal of European Public Policy*, 22(3), 374–390. <https://doi.org/10.1080/13501763.2014.951066>
- Knill, C., Preidel, C., & Adam, C. (2015). MORAPOL - Comparative Analysis of Moral

Policy Change. Retrieved from [//www.researchgate.net/project/MORAPOL-Comparative-Analysis-of-Moral-Policy-Change](http://www.researchgate.net/project/MORAPOL-Comparative-Analysis-of-Moral-Policy-Change)

Knill, C., Preidel, C., & Nebel, K. (2014). Brake rather than Barrier: The Impact of the Catholic Church on Morality Policies in Western Europe. *West European Politics*, 37(15), 845–866. <https://doi.org/10.1080/01402382.2014.909170>

Lowi, T. J. (1972). Four Systems of Policy, Politics, and Choice. *Public Administration Review*, 32(4), 298–310. <https://doi.org/10.2307/974990>

Minkenberg, M. (2003). The policy impact of church-state relations: Family policy and abortion in Britain, France, and Germany. *West European Politics*, 26(1), 195–217. <https://doi.org/10.1080/01402380412331300267>

Mooney, C. Z. (1999). The politics of morality policy: Symposium editor's introduction. *Policy Studies Journal*, 27(4), 675–680. <https://doi.org/10.1111/j.1541-0072.1999.tb01995.x>

Mooney, C. Z. (2001). *The public clash of private values: the politics of morality policy*. New York: Chatham House Publishers.

Mota, L. (2010). Implementação de políticas públicas e quadros de public governace - colaboração inter-organizacional como factor-chave: O caso dos centros novas opotunidades do distrito de Lisboa. Dissertação apresentada à Universidade Técnica de Lisboa com vista à obtenção de grau de Mestre.

Pereira, P. T. (2008). *O prisioneiro, o Amante e as Sereias: Instituições económicas, políticas e democracia*. Coimbra: Almedina.

Resende, M. M., & Henning, A. (2015). Shunning Direct Intervention: Explaining the Exceptional Behaviour of the Portuguese church Hierarchy in Morality Politics. *New Diversities*, 17(1), 145-160.

Sabatier, P. A. (2007). *Theories of the policy process* (2nd ed.). California: Westview Press.

Sabatier, P. A., & Jenkins-Smith, H. C. (1999). *Policy change and learning : an advocacy*

coalition approach. Theoretical lenses on public policy (1st ed.). Boulder: Westview Press. <https://doi.org/0813316499>, 9780813316499

Schwartz, M. A., & Tatalovich, R. (2009). Cultural and institutional factors affecting political contention over moral issues. *Comparative Sociology*, 8(1), 76–104. <https://doi.org/10.1163/156913308X375559>

Souza, C. (2006). Políticas Públicas: uma revisão da literatura. *Sociologias*, 8(16), 20–45. <https://doi.org/10.1590/S1517-45222006000200003>